

Hanna Bekkevold

# Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner

Anestesipersonellets erfaringer

Masteroppgave i klinisk sykepleie

Veileder: Anne Vifladd

Desember 2023





Hanna Bekkevold

# **Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner**

Anestesipersonellets erfaringer

Masteroppgave i klinisk sykepleie  
Veileder: Anne Vifladt  
Desember 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Introduksjon:** Trygg pasientbehandling i akutt kritiske situasjoner har alltid vært og er fortsatt en av de største utfordringene i helsevesenet. Teamarbeidets kvalitet blir spesielt viktig i akutt kritiske situasjoner fordi disse ofte er preget av stress, tidspress og høy risiko, samtidig som kravet til prestasjon øker. I disse situasjonene har anestesiteamet en sentral rolle ved håndtering og behandling av pasienten. Vellykket teamarbeid forbindes med effektiv ledelse, god kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte, ferdigheter som blant annet er grunnlaget for teamtreningsprogrammet TeamSTEPPS. Med disse fire teamferdighetene som utgangspunkt, tar denne masteroppgaven sikte på å undersøke hvordan anestesipersonell erfarer teamarbeid i slike krevende situasjoner.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer anestesipersonell har fra teamarbeid innad i anestesiteamet i akutt kritiske situasjoner.

**Metode:** Studien ble utført med en kvalitativ metode, med deduktiv tilnærming basert på eksisterende teori og forskning om at vellykket teamarbeid innebærer effektiv ledelse, god kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte. Datainnsamling ble utført med 8 informanter (5 anestesisykepleiere og 3 anestesileger), fra to ulike anesthesiavdelinger i Helse Sør-Øst i Norge, gjennom semistrukturerte individuelle intervjuer. Dataanalysen ble gjennomført ved hjelp av refleksiv tematisk analyse med semantisk koding.

**Resultat:** Det ble identifisert 10 temaer under de overordnede temaene ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte. Anestesipersonell erfarer at ledelsesrollen er sentral og viktig for et strukturert og samkjørt team. De erfarer at teamlederrollen må tiltres tydelig for å unngå usikkerhet og misforståelser i teamet. Kommunikasjonen fungerer best i Closed Loop form, med klare tydelige beskjeder uten utenomsnakk. Anestesipersonellet erfarer at situasjonsovervåking fungerer bedre når den enkelte gir korreksjon og tilbakemeldinger med respekt. De erfarer at den akutt kritiske situasjonen, med kommunikasjon og situasjonsovervåking blir lettere med erfaring fordi den enkelte bygger en selvstendig trygghet i faget over tid. De erfarer også at konflikter håndteres ulikt. Gjensidig støtte i teamet er avgjørende for tilliten og for at teammedlemmene skal tørre å si i fra om bekymringer eller komme med forslag til løsning. Samtlige av informantene erfarer at teamarbeid i akutt kritiske situasjoner er motiverende og spennende.

**Konklusjon:** Studien viste variasjon i erfaringer fra teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. Anestesipersonellet erfarte den akutt kritiske situasjonen som en krevende situasjon, som likevel bidro til både fellesskap og mestring innad i anestesiteamet. Det er tydelig at teamferdighetene fra TeamSTEPPS er et samspill og en dynamikk som går igjen i alle temaene. Vi ser at alle teamferdighetene må være til stede for at den enkelte ferdighet skal benyttes effektivt, og igjen sørge for et vellykket teamarbeid.

# Abstract

**Introduction:** Patient safety in acute critical situations has always been and continues to be one of the greatest challenges in the healthcare sector. Teamwork becomes particularly crucial in acute critical situations due to an increased demand for performance in conjunction with stress, time pressure, and high risk. In these situations, the anesthesia care team plays a critical role in management and treatment of the patient. Successful teamwork is associated with effective leadership, good communication, situation monitoring and mutual support, team skills that form the foundation of the team training program TeamSTEPPS. On this foundation, this master's thesis aims to investigate how anesthesia personnel experience teamwork in such demanding situations.

**Aim:** The aim of this study was to investigate the experiences of anesthesia personnel regarding teamwork within the anesthesia care team in acute critical situations.

**Method:** The study was conducted using qualitative method with a deductive approach based on existing theory and research indicating that successful teamwork involves effective leadership, good communication, situation monitoring, and mutual support. The data collection was conducted with eight informants (five nurse anesthetists and three anesthesiologists) from two different anesthesia departments in Helse Sør-Øst, Norway, through semi-structured individual interviews. The data analysis was carried out using reflexive thematic analysis with semantic coding.

**Result:** Ten themes were identified within the overarching themes of leadership, communication, situation monitoring and mutual support. The anesthesia personnel experience that the leadership role is crucial for a structured and coordinated team. The leader must be clearly identified to avoid uncertainty and misunderstandings within the team regarding who is in charge. They find that communication works best by Closed Loop and clear, concise messages without unnecessary chatter. The anesthesia personnel experience that situation monitoring works better when individuals provide corrections and feedback in a respectful manner. They find that handling the acute critical situation with communication and situation monitoring becomes easier with experience, as individuals build independent confidence in their profession over time. They also experience that conflicts are handled differently and that mutual support within the team is crucial for trust among team members to feel comfortable expressing concerns or suggesting solutions. All the informants experience that teamwork in acute critical situations is motivating and exciting.

**Conclusion:** The study revealed variation in experiences from teamwork in acute critical situations. The anesthesia personnel experienced the acute critical situation as demanding, yet it contributed to both union and a sense of accomplishment within the anesthesia team. It is evident that the team skills from TeamSTEPPS represent an interplay and a dynamic that reappears in each theme. We observe that all these team skills must be present for each skill to be effectively utilized, and thereby ensuring successful teamwork.

# Forord

Denne masteroppgaven har blitt til gjennom en lang reise med nye oppdagelser, utfordringer, motivasjonsprøver og bratte læringskurver. Det har vært både interessant, motiverende, frustrerende og spennende. Jeg har vokst mye gjennom prosessen og lært mer om hvor omfattende, men spennende og viktig det er med forskning av kvalitet.

Jeg ønsker først og fremst å takke min veileder Anne Vifladt for god veiledning og oppmuntring gjennom hele prosessen. Hun har bidratt med motivasjon og støtte i perioder hvor masterprosjektet kjentes i overkant omfattende, i tillegg til å dele av sin kunnskap gjennom rettleiding og konstruktive tilbakemeldinger. Tusen takk for tålmodighet og dedikasjon.

En stor takk må også rettes til de to anestesivdelingene som bidro i studien, med avdelingsledere som brukte av sin arbeidstid på å rekruttere deltagere til mitt prosjekt. Spesielt takk til alle informantene som var villige til å bidra ved å stille opp til intervju og dele av sin erfaring. Uten deres bidrag ville dette prosjektet ikke vært mulig.

Jeg ønsker å takke min arbeidsplass på Ullevål og Bjørn som har gitt meg mulighet til å arbeide med masteroppgaven, vært fleksibel med vakter og tilrettelagt slik at jeg fikk delta på seminarer i regi av NTNU.

Til slutt vil jeg rette en spesiell takk til min kjæreste Trygve Nakling, som har laget alle middager det siste halvåret uten en eneste klage. Takk for oppmuntring og motivering hele veien.

Takk til alle som har vært en del av denne reisen. Jeg håper at masteroppgaven vil bidra med ny innsikt og kunnskap på det aktuelle fagområdet og at dere finner lesingen både interessant og givende.

Med vennlig hilsen,

Hanna Bekkevold

Oslo, desember 2023.





# Innhold

1	Introduksjon .....	7
1.1	Bakgrunn.....	7
1.2	Teamarbeid i anestesiryket .....	8
1.2.1	Anestesisykepleierens rolle .....	9
1.2.2	Anestesilegens rolle .....	9
1.3	Den akutt kritiske situasjonen og Human Factors .....	10
1.4	Vellykket teamarbeid.....	11
1.4.1	Ledelse .....	12
1.4.2	Kommunikasjon .....	12
1.4.3	Situasjonsovervåking .....	13
1.4.4	Gjensidig støtte.....	13
1.5	Tidligere forskning .....	14
1.6	Hensikt .....	15
2	Metode .....	16
2.1	Design .....	16
2.2	Utvalg .....	16
2.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
2.3	Datainnsamling .....	16
2.4	Dataanalyse.....	17
2.4.1	Tematisk analyse i seks steg .....	17
2.5	Forskningsetikk .....	19
2.5.1	Søknader .....	19
2.5.2	Personvern .....	19
3	Resultat .....	22
3.1	Ledelse i akutt kritiske situasjoner .....	22
3.1.1	Naturlig rollefordeling .....	22
3.1.2	En klar og tydelig leder .....	23
3.2	Kommunikasjon er essensielt .....	24
3.2.1	Closed Loop er det sentrale kommunikasjonsverktøyet .....	24
3.2.2	Anestesteamet har en gjensidig underforstått kommunikasjon.....	24
3.3	Situasjonsovervåking i den akutt kritiske situasjonen .....	26
3.3.1	Akutt kritiske situasjoner skiller seg ut .....	26
3.3.2	Positiv overvåking av hverandre .....	27
3.3.3	Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner blir lettere med erfaring .....	28
3.4	Gjensidig støtte innad i teamet .....	29

3.4.1	Konflikter håndteres .....	29
3.4.2	Psykologisk trygghet i teamet .....	30
3.4.3	Godt teamarbeid i akutt kritiske situasjoner er motiverende .....	32
4	Diskusjon .....	33
4.1	Ledelse i akutt kritiske situasjoner .....	33
4.1.1	Naturlig rollefordeling .....	33
4.1.2	En klar og tydelig leder .....	34
4.2	Kommunikasjon er essensielt .....	35
4.2.1	Closed Loop er det sentrale kommunikasjonsverktøyet .....	35
4.2.2	Anestesipersonell har en gjensidig underforstått kommunikasjon .....	36
4.3	Situasjonsovervåking i den akutt kritiske situasjonen .....	38
4.3.1	Akutt kritiske situasjoner skiller seg ut .....	38
4.3.2	Positiv overvåking av hverandre .....	39
4.3.3	Teamarbeid blir lettere med erfaring .....	41
4.4	Gjensidig støtte innad i teamet .....	41
4.4.1	Konflikter håndteres .....	41
4.4.2	Psykologisk trygghet i teamet .....	42
4.4.3	Godt teamarbeid i akutt kritiske situasjoner er motiverende .....	45
4.5	Metodediskusjon .....	45
4.5.1	Intern validitet .....	45
4.5.1.1	Metodevalg og analyseprosessen .....	45
4.5.1.2	Datainnsamling .....	47
4.5.1.3	Forskerens rolle .....	49
4.5.2	Ekstern validitet .....	49
4.5.2.1	Utvalgets representativitet .....	49
4.5.2.2	Overførbarhet .....	50
4.5.3	Forslag til fremtidige studier .....	50
5	Konklusjon .....	52
	Referanser .....	53
	Vedlegg .....	57

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

“Coming together is a beginning. Keeping together is progress. Working together is success” – Henry Ford.

Teamarbeid har vært emne for utallige studier de siste 20-30 årene, ikke minst i spesialisthelsetjenesten (Husebø et al., 2021a). En ofte sitert definisjon av ordet team, ble utviklet av, Dickinson, Converse og Tannenbaum i 1992 (sitert i Lyubovnikova et al., 2015): En bestemt gruppe bestående av to eller flere personer som samhandler dynamisk, med en gjensidig avhengighet og en tilpasningsdyktighet mot et felles verdsatt mål eller oppdrag.

Et av de store formålene med team er utviklingen fra en jeg-tilnærming, mot en vi-tilnærming til oppgaver som skal løses. Teamarbeid skal omforme individer fra å være drevet av egne mål, verdier og holdninger, til å jobbe mot felles mål, verdier og holdninger (Eid & Johnsen, 2018). Denne måten å samarbeide på brukes i mange typer arenaer, alt fra langvarige prosjekter, til de akutt, kritiske minuttene hvor det står om liv, helse og verdier (Salas et al., 2005). Teamarbeid kan være mer effektivt enn summen av individuelt arbeid, fordi et team kan påta seg mer komplekse oppgaver ved å kombinere teammedlemmenes ulike evner for å støtte hverandre, overvåke hverandre og dermed redusere feil og fordele arbeidsbelastning etter behov (Salas et al., 2018). Teamarbeid generelt har et potensiale til å tilby større grad av tilpasningsdyktighet, produktivitet og kreativitet enn hva et individ er i stand til å utføre alene. I tillegg kan teamarbeid gi mer komplekse og omfattende løsninger på organisatoriske problemer (Salas et al., 2005).

En sentral årsak til at det i senere tid har blitt satt inn betydelig ressurser for å øke kunnskapen rundt teams prestasjoner og teamtrening, skyldes flere større feil og ulykker hvor individers samhandling i team har bidratt til det fatale utfallet (Eid & Johnsen, 2018). The Roay College of Anaesthetists og The Difficult Airway Society fullførte i 2011 en rapport fra sin prospektive studie på alle store luftveiskomplikasjoner under anestesi, intensivopphold og akuttmottak i Storbritannia. Målet var å undersøke forekomsten av komplikasjoner og årsaken bak. Resultatet viste i flere tilfeller at bedre planlegging, kunnskap og bedre vurderinger eller bedre kommunikasjon kunne forhindre alvorlige hendelser. De hyppigst identifiserte menneskelige faktorene var dårlig kommunikasjon, dårlig teamarbeid, dårlig lederskap og oppgavefiksering. I tillegg ble det i studien funnet flere eksempler som viste at godt teamarbeid var en viktig faktor for å forebygge videre negativ utvikling av situasjonen (Cook et al., 2011).

Til tross for at team er satt sammen av eksperter med stor faglig tyngde, vil teamarbeid likevel bli utfordrende dersom teammedlemmene ikke vet hvordan de skal samarbeide, koordinere og kommunisere godt sammen (Salas et al., 2018). Ekspertise i form av utdanning og erfaring er dermed ikke tilstrekkelig for at individer skal fungere godt sammen som et team og følgene kan være katastrofale (Cook et al., 2011). I

helsetjenesten blir svikt i teamarbeid sett på som en viktig årsak til at pasienter blir påført skade eller i verste fall dør (St.Pierre et al., 2011). Med økt fokus på teamarbeid, har helsetjenesten fått mer bevissthet rundt menneskelige faktorer og kommunikasjon som primære eller medvirkende faktorer til pasientskader (Husebø & Ballangrud, 2021b).

Fordi samhandling mellom mennesker påvirkes av mange ulike faktorer og fordi teamarbeid i seg selv brukes på mange ulike arenaer, har det i lang tid vært vanskelig å komme til en felles forståelse av hva som utgjør et godt team og en konkret beskrivelse av hvordan teamarbeid skal lykkes. Det har vært viktig å finne et rammeverk for hva teamarbeid er, for videre å kunne lage mentale modeller for å utvikle, lede og bygge effektive team. Med et mål om å finne en konkret modell for hva som utgjør et velfungerende team, utførte Salas et al. (2005) en omfattende studie basert på gjennomgang av tidligere forskning fra de siste 20 årene før studiens start. Resultatet ble et teoretisk rammeverk bestående av fem kjernekomponenter som må ligge til grunn for et godt teamarbeid; teamledelse, gjensidig situasjonsovervåking, backup atferd, tilpasningsevne, og teamorientering. Disse teamferdighetene blir omtalt som The Big Five og har vært bakgrunn for mange teamtreningsprogram i etterkant (Salas et al., 2005).

## 1.2 Teamarbeid i anestesiryket

Anestesiologi er en medisinsk spesialitet som innehar fire hovedområder: anestesi, smertebehandling, intensivmedisin og akuttmedisin. Spesialiteten baserer seg hovedsakelig på inhospitale arbeidsoppgaver og samarbeidet er nært med sykehusets øvrige avdelinger. Yrkesretningen innebærer dermed et omfattende tverrfaglig samarbeid (Den Norske Legeforening, 2009). Averlid og Axelsson (2012) utførte en kvalitativ studie på helsefremmende samarbeid blant anestesisykepleiere hvor de presiserer at anestesiryket karakteriseres av høy arbeidsbelastning, både i selvstendig arbeid og i teamarbeid i tillegg til uforutsigbare situasjoner.

I de aller fleste pasientrettede situasjoner vil anestesilegen og anestesisykepleieren befinne seg som en del av et team og har behov for å interagere og samarbeide med ulike yrkesgrupper, men også med hverandre (Elbert et al., 2018). Anestesipersonellets teamkompetanse krever regelmessig ferdighetstrening på akutte hendelser inkludert kommunikasjon og samhandling i team (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). Personell som jobber sammen, bør også trene sammen, og trening på teamarbeid kan i stor grad bidra til å redusere feil (Cook et al., 2011).

I klinikken er samarbeidet mellom anestesilege og anestesisykepleier spesielt tett. Samarbeidsrelasjonen defineres som et *anestesiteam*, bestående av de to yrkesgruppene (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). I teamet skal de to yrkene supplere og utfylle hverandre med ulik tilnærming til pasienten og det oppstår et samarbeid og en gjensidig avhengighet mellom de to profesjonene som er nødvendig og verdsatt (Bruun & Ulrik, 2008). Samarbeidet mellom anestesilege og anestesisykepleier fungerer ofte godt, men kan også være krevende i en hverdag preget av uforutsigbarhet og uventede situasjoner (Boyd & Poghosyan, 2017). I en studie utført av Elmlad et al. (2014), undersøkte forfatterne gjennom kvantitativ og kvalitativ tilnærming, prevalensen av ufin oppførsel på anestesisykepleieres arbeidsplass og hvordan dette påvirket arbeidsmiljøet blant de ansatte. Resultatet viste at anestesipersonell står i situasjoner som krever samarbeid med ulike personligheter og at teamarbeidet i noen tilfeller kan være utfordrende på grunn av teammedlemmenes ulike holdninger og væremåte (Elmlad et al., 2014).

Anestesileger og anestesisykepleiere har flere overlappende oppgaver i det kliniske arbeidet og dette kan resultere i konflikt mellom de to yrkesgruppene (Averlid & Axelsson, 2012). For begge yrker kan den overlappende linjen mellom profesjonene true den enkeltes yrkesidentitet (Boyd & Poghosyan, 2017). Anestesisykepleiere har selvstendig erfaring, kompetanse og autonomi, og uttrykker et ønske om respekt for deres selvstendighet i kliniske avgjørelser. Anestesileger kan kjenne på at identiteten deres blir truet dersom anestesisykepleierens oppgaver overlapper for mye (Boyd & Poghosyan, 2017).

Fordi disse profesjonene til dels er overlappende, har det vært viktig å definere roller og funksjoner og lage grenseoppganger mellom de to yrkesgruppene (Leonardsen, 2021). Det er derfor opprettet en minstestandard for anestesi – Norsk standard for anestesi – med hensikt å ivareta pasientens sikkerhet, samt sørge for tilnærmet lik praksis rundt om i Norge (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). I tillegg har den internasjonale organisasjonen for anestesisykepleiere, International Federation of Nurse Anesthetists, opprettet et eget grunnlagsdokument, revidert av Anestesisykepleierens Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF), som tydeliggjør rollen og funksjonen til anestesisykepleiere i norsk helsetjeneste (Norsk sykepleierforbund, 2022).

### 1.2.1 Anestesisykepleierens rolle

Anestesisykepleieren har et stort ansvarsområde og bidrar med sin kompetanse på blant annet preoperativ vurdering av luftveier, generell anestesi, regional anestesi, sedering og annen observasjon med anestesiberedskap og postoperativ håndtering.

Anestesisykepleieren skal inneha kompetanse til å utrette og opprettholde generell anestesi for funksjonsfriske pasienter, og evne til å samarbeide med anestesileger hvis pasienten har mer komplekse sykdommer. Begge yrkesgrupper er ansvarlige for at det gjøres klare avtaler vedrørende pasientens perioperative forløp (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). Anestesisykepleieren er likevel selv ansvarlige for sin kliniske vurdering og prioritering. De skal jobbe effektivt i team for å oppnå best mulig pasientomsorg og skal alltid konsultere med anestesileger dersom situasjonen går ut over eget kompetanseområde. Det forventes at de kan etablere gode samarbeidsrelasjoner og finne effektive løsninger på teamrelaterte problemer. Kommunikasjon skal være tydelig og målrettet for å fremme et godt samarbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

Anestesisykepleieren skal sette fokus på overlappende funksjoner, samt potensielle spenninger mellom profesjonene og utvise strategier for konflikthåndtering der dette er nødvendig. De har også en lederfunksjon ved arbeid i team, med utgangspunkt i sin kliniske observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse (Norsk sykepleierforbund, 2022).

### 1.2.2 Anestesilegens rolle

Anestesilegen skal, i likhet med anestesisykepleieren, kunne vurdere luftveier, gjennomføre generell anestesi, regionalanestesi, sedering og observere pasienten med anestesiberedskap og postoperativ håndtering. De skal kunne gjennomføre og opprettholde generell anestesi for både funksjonsfriske og mer komplekse pasienter. I tillegg er anestesilegen ansvarlig for det medisinskfaglige ovenfor pasienten. Selv om anestesisykepleier kan foreta tilsyn, innhente preoperativ informasjon og dokumentasjon, er det anestesilegens ansvar å klarere og godkjenne utførelse av anestesen for den enkelte pasient (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). Anestesilegen har i tillegg ansvar for intensivmedisin, palliasjon og smertelindring. De skal kunne samarbeide tillitsfullt og effektivt med kollegaer og andre personalgrupper, utføre

praktiske prosedyrer effektivt, nøyaktig og sikkert, samt kunne handle adekvat under stress. Den enkelte anestesilege skal kjenne egne begrensninger og be om hjelp i tide. Anestesilegen skal også kunne undervise kollegaer og annet helsepersonell om emner innen eget fag og det forventes at de har grunnleggende kunnskap om forskning, fagutvikling og kvalitetssikringsarbeid (Den Norske Legeforening, 2009).

### 1.3 Den akutt kritiske situasjonen og Human Factors

Trygg pasientbehandling i akutt kritiske situasjoner har alltid vært og er fortsatt en av de største utfordringene i helsevesenet (St.Pierre et al., 2011). Akutt defineres som sykdom eller skade som begynner brått og utvikles raskt (Kåss & Hem, 2021). En kritisk situasjon defineres som en situasjon preget av krise eller høy risiko (Persvold, 2019). I denne studien brukes ordet akutt kritisk situasjon om pasientsituasjoner der pasienten raskt blir dårlig og risikoen for liv og helse er høy. Den akutt kritiske situasjonen har en rekke egenskaper som gjør det mer utfordrende å gi pasientbehandling. Problemet oppstår raskt og uventet, og det står ofte om pasientens liv og helse. En akutt kritisk hendelse vil være preget av stress og uforutsigbarhet, og grunnleggende prinsipper for teamarbeid kan bli glemt, noe som resulterer i lavere teamytelse. Viktige beslutninger må tas med minimalt av informasjon og avgjørelsen må være rett (St.Pierre et al., 2011).

Det er en stor kompleksitet av komponenter og dynamikken dem imellom som påvirker menneskets ytelser i team. Dette beskrives som Human factors – læren om hvordan menneskelige faktorer former miljøet (Elbert et al., 2018). Carayon, Hoonakker & Cartmill (2018) definerer Human Factors i helsevesenet som studiet på hvordan menneskelige faktorer, inkludert individuelle egenskaper, teamdynamikk og organisatoriske faktorer, påvirker helsepersonellens ytelse og samhandling med teknologi, systemer og pasienter for å fremme sikkerhet, effektivitet og kvalitet i omsorgslevering (Carayon et al., 2018).

Human Factors (menneskelige faktorer) har blitt et stort område innenfor vitenskapen med fokus på hvorfor feil oppstår og hvordan de kan reduseres med bakgrunn i forskningsbaserte metoder (Russ et al., 2013). Forskere som blant annet Carayon og Wetterneck har gjennomført flere studier hvor de dokumenterer påvirkningen menneskelige faktorer har på pasientsikkerheten (Carayon et al., 2013; Carayon & Wood, 2010; Wetterneck et al., 2014). I studien til Watterneck et al. (2014) og Carayon & Wood (2010), presiseres viktigheten av å forstå samspillet mellom mennesker, teknologi og organisasjon i helsetjenesten og hvordan vi ved hjelp av Human Factors prinsipper kan identifisere svakheter og barrierer som fører til feil og uønskede hendelser. Carayon et al. (2013) argumenterer for at feil og uønskede hendelser sjeldent skyldes enkeltpersoner, men heller er et resultat av komplekse samspill mellom mennesker, teknologi og organisatoriske faktorer. De presiserer viktigheten av blant annet arbeidsflyt, kommunikasjon og støtte for å forbedre pasientsikkerheten (Carayon et al., 2013).

Human Factors kommer også frem i anestesiteamet på ulike måter som enten fremmer eller bidrar til å redusere teamets prestasjon. Anestesiteamet utøver sin funksjon i et komplekst og dynamisk arbeidssystem. Komponenter som tekniske prosedyrer, utstyr, miljø og kultur, påvirker atferden til den enkelte og dermed også sikkerheten og kvaliteten på pasientbehandlingen (Elbert et al., 2018). Et anestesiteam består av

individer med ulik personlighet og ulik erfaring, som påvirker hvordan de jobber i team. Ulike faktorer som stress, hierarki og usikkerhet i teamet påvirker teammedlemmenes oppførsel (St.Pierre et al., 2011). Fordi vi er forskjellig utrustet til å mestre belastningene vi møter, vil enkelte oppleve spesifikke situasjoner som stressende, mens andre ikke gjør det (Eid & Johnsen, 2018). Stress og uforutsigbarhet utgjør en større risiko for blant annet svikt i kommunikasjon mellom teammedlemmene (Salas et al., 2005).

Beament & Mercer (2016) gjennomførte en studie på hvilke barrierer som kan være til hinder for nyutdannede anestesileger i å utfordre feilvurderinger gjort av en mer erfaren kollega. Resultatet var at dårlig kommunikasjon, hierarki, respekt for den mer erfarne og undervurdering av egne evner bidro til vegring for å utfordre feilaktige avgjørelser (Beament & Mercer, 2016). Forskning på sosialpsykologisk oppførsel viser i tillegg at vår tilpasning til det vi tror passer i situasjonen i de fleste tilfeller er *avgjørende* for hvordan vi opptrer (Haney et al., 1973). Menneskets grunnleggende behov for å høre til medfører et ønske om å opprettholde positive relasjoner, noe som øker sjansen for at vi kan utføre eller akseptere handlinger vi ser er skadelig (Eid & Johnsen, 2018). I et forsøk på å passe inn, kan en slik oppførsel føre til at teammedlemmer ikke tør å si i fra om usikkerheter og bekymringer i frykt for å bli oppfattet som inkompetent (Salas et al., 2005). Det kan være avgjørende at det enkelte teammedlem tør å si i fra dersom de er uenig med andre teammedlemmer (Wong & Li, 2011). Uavhengig av faglig status må det være takhøyde og rom for at alle medlemmer av et team kan stille spørsmål eller uttrykke bekymring dersom de mener at behandlingen eller tiltaket kan medføre dårlig kvalitet eller skade pasienten (Husebø & Ballangrud, 2021b).

Den akutt kritiske situasjonen utfordrer helsehjelpens kvalitet ved at den krever gjennomtenkte handlinger med samtidig behov for raske beslutninger. Faktorer som tidspress, usikkerhet, stress og høy risiko, møter en arena hvor gode avgjørelser og vellykket ledelse er av størst betydning. Teamarbeid, som i seg selv kan være utfordrende, må i disse situasjonene fungere på sitt beste (St.Pierre et al., 2011). Murray & Foster (2000) skrev en artikkel om Crew Resource Management (CRM) mellom ukjente teammedlemmer. Crew Resource Management beskrives som styring av ressurser i teamet, og er en tilnærming som legger vekt på organisering av en gruppe mennesker til et koordinert team (Murray & Foster, 2000). De skriver at anestesiryket kan innebære teamarbeid i uforberedte situasjoner, med en uøvd gruppe som verken kjenner hverandre eller hverandres roller og kunnskaper. Rask organisering av et slikt ad hoc-team blir en avgjørende prioritet når pasientsikkerheten står på spill (Murray & Foster, 2000).

De to motsetningene *høy risiko* og *optimalt fungerende teamarbeid* gjør den akutt kritiske situasjonen spesielt krevende, men gir også mulighet til å bidra i et spennende og viktig arbeid sammen med andre kollegaer. Anestesisykepleiere opplever at det tette, gode samarbeidet bidrar til trivsel på arbeidsplassen (Averlid & Axelsson, 2012).

## 1.4 Vellykket teamarbeid

Teamarbeid er et omfattende tema. Som en avgrensning i denne masteroppgaven tok jeg utgangspunkt i fire teamferdigheter hentet fra TeamSTEPPS – et evidensbasert teamtreningsprogram som benytter rammeverket i The Big Five med et mål om å forbedre pasientsikkerheten ved å sette fokus på de fire teamferdighetene: ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte (Agency of Healthcare

Research and Quality, 2012). Den dokumenterte forskningen på teamarbeid viser at disse fire teamferdighetene er avgjørende for et vellykket teamarbeid (Salas et al., 2005). Av den grunn ble disse fire valgt ut som rammer og overordnede tema for min studie sammen med annen støttelitteratur og teori.

#### 1.4.1 Ledelse

Ledelse i teamsituasjoner innebærer veiledning og strukturering av teamet, samt synkronisering og kombinerings av teammedlemmenes egenskaper og bidrag (Salas et al., 2005). Lederen skal sikre at beskjeder blir forstått og at oppgaver blir utført. Nødvendig informasjon om endringer skal formidles til teamet og teamleder skal til en hver tid sørge for at teamet har de nødvendige ressursene tilgjengelig for å prestere optimalt (Husebø & Ballangrud, 2021c). En leder skal kommunisere godt med teammedlemmene og sørge for at de opplever støtte, tillitt og inkludering (St.Pierre et al., 2011). I de akutt kritiske situasjonene kan god teamledelse være en avgjørende faktor for pasientsikkerheten og kvaliteten på behandling (Ford et al., 2016).

Teamlederen har en viktig funksjon ved å etablere forventninger til atferd og prestasjon, samt følge opp evnene og ferdighetsmangler til hvert enkelt teammedlem. De må sette forventninger til akseptable interaksjonsmønstre, for eksempel fremme informasjonsutveksling og skape et teamklima som oppmuntrer til adferd som gjensidig situasjonsovervåking, støttende atferd og tilpasningsdyktighet. Teamlederen skal også bevisstgjøre hvert enkelt teammedlem på den gjensidige avhengigheten medlemmene i teamet har til hverandre og fordelene ved å jobbe sammen (Salas et al., 2005).

#### 1.4.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon innebærer formidling av et budskap til en gruppe individer på en slik måte at det blir forstått. Det er altså ikke bare sending av et budskap, men også visshet om at mottaker forstår budskapet (Eid & Johnsen, 2018). God kommunikasjon blir i mange studier sett på som en nøkkel til godt teamarbeid, og gjennom effektiv kommunikasjon kan teamet oppnå en felles situasjonsforståelse, bedre ansvarsfordeling, forstå hverandres roller og lettere nå et felles mål (Cunningham et al., 2018). I akutt kritiske situasjoner er risikoen for kommunikasjonssvikt stor (St.Pierre et al., 2011). Derfor bør den i slike tilfeller være konsis, tydelig og forståelig. Forsiktighet eller manglende selvtillit kan bidra til risikofylt praksis og dermed er autoritet og gjennomslagskraft viktig i en slik situasjon. Dette kan foregå uten å forstyrre dynamikken i teamet (Wong & Li, 2011).

En viktig årsak til kommunikasjonssvikt er enkeltindividers ulike måte å oppfatte beskjeder på til tross for at den kommuniseres på samme måte til alle. Dette bunner i ulik erfaring og persepsjoner som gjør at vi tolker og gir ulik mening til ting som blir sagt. Andre faktorer som fører til kommunikasjonssvikt kan være mye bråk i rommet, språklige barrierer, misforståelser eller for mye informasjon på en gang (Salas et al., 2005). Salas et al. (2005), mener at Closed Loop er en effektiv måte å begrense kommunikasjonssvikt under informasjonsutveksling. Denne måten å kommunisere på sikrer at sendt kommunikasjon er oppfattet og forstått. Closed Loop kommunikasjon innebærer at et teammedlem sender ut en beskjed, at en mottaker mottar, tolker og bekrefter at beskjeden er mottatt, samt at avsender følger opp for å forsikre seg om at den tiltenkte beskjeden ble mottatt (Salas et al., 2005).



### 1.4.3 Situasjonsovervåking

Effektive team består av teammedlemmer som har en bevissthet rundt teamets funksjon ved å overvåke medlemmenes arbeid i et forsøk på å oppdage feil og glipper før de har skjedd, eller kort tid etter. På engelsk defineres dette som *mutual performance monitoring* (Salas et al., 2005). Situasjonsovervåking har gjennom forskning på Human Factors, vist seg å være en sentral del av forbedringen for å oppnå vellykkede, effektive team (St.Pierre et al., 2011).

Overvåking er ikke ensbetydende med at teamlederen overvåker hvert enkelt teammedlems atferd, men at teammedlemmene overvåker hverandre.

Situasjonsovervåking krever at den enkelte observerer og forstår aktivitetene til de andre i teamet og denne overvåkningsadferden resulterer ofte til positiv samhandling, støtteadferd og tilbakemelding. Forutsetningen for en slik dynamikk i teamet, er god kunnskap og forståelse for hverandres oppgaver og roller (Eid & Johnsen, 2018). I tillegg er det en forutsetning at teammedlemmene har samme situasjonsforståelse og situasjonsbevissthet. Hvis teamet ikke har en felles situasjonsforståelse, blir situasjonsovervåkingen ineffektiv og teammedlemmene kan bevege seg mot forskjellige mål, som igjen fører til ineffektive tilbakemeldinger eller assistanse, og en manglende evne til å forutse hverandres behov (Salas et al., 2005).

En annen viktig forutsetning for effektiv situasjonsovervåking er etableringen av et åpent, tillitsfullt og samkjørt arbeidsklima. For at situasjonsovervåkingen skal bli effektiv, må slik overvåking bli en akseptert norm med det ene formål å utnytte teamets fulle potensiale og prestasjon. Uten et åpent og tillitsbasert klima innad i teamet, kan teammedlemmene oppfatte situasjonsovervåking negativt og reagere kritisk på tilbakemeldinger eller hjelp fra et annet teammedlem. Effektiv gjensidig situasjonsovervåking vil derfor kun forekomme i team med tilstrekkelig felles situasjonsforståelse og et klima preget av tillitt. Tilbakemeldinger mellom teammedlemmene må gis på en slik måte at den enkelte forstår at intensjonen er å forbedre teamets prestasjon, heller enn å legge skyld eller henge ut et annet teammedlem (Salas et al., 2005).

### 1.4.4 Gjensidig støtte

Gjensidig støtte innad i teamet innebærer tilbakemelding og hjelp med hensikt å forbedre teamets prestasjon. Teammedlemmene skal kunne assistere hverandre i ulike oppgaver og gjennom gjensidig situasjonsovervåking oppdage når et annet teammedlem ikke har kapasitet, og ved behov ta over og fullføre den enkeltes oppgave. Team med evnen til å kompensere for hverandre i situasjoner med høyt stress, ender med færre feil (Salas et al., 2005). Disse egenskapene i et team skaper et klima for å be om hjelp og gi assistanse til andre teammedlemmer med formål å fordele arbeidsbelastningen. Det er viktig med et klima i teamet hvor det er naturlig å tilby støtte og ikke minst å be om hjelp fra en kollega (Eid & Johnsen, 2018).

Individer vil tolke og analysere andres oppførsel og gi respons ut ifra tolkning. Hvordan vi oppfører oss i samarbeid med andre, kan derfor påvirke andres væremåte (Eid & Johnsen, 2018). En stresset situasjon kan bidra til en mer aggressiv verbal tone. Uhøflig og respektløs oppførsel undergraver teamkonseptet, teamets kommunikasjon og kvaliteten på tjenestene som blir gitt. En slik kultur gir igjen grobunn for økt nivå av stress og mer intense interaksjoner mellom teammedlemmene i mellom (Elmblad et al., 2014). Høy grad av samhold og kollegastøtte kjennetegner derimot team som er i stand til å yte

ekstra når det er trengs. I kritiske situasjoner vil et slikt team være i stand til å støtte enkeltmedlemmer og ledere for å oppnå det ønskede resultatet (Eid & Johnsen, 2018).

Tillitt innad i teamet påvirker blant annet viljen til deltagelse og bidrag, hvor effektivt teamet jobber og til og med hvor lenge teammedlemmene blir i teamet. Større grad av tillitt og støtte bidrar også til mer velvilje rundt deling av informasjon. Dersom det ikke er gjensidig tillitt innad i teamet, kan uenigheter og andre tvetydige hendelser tolkes som bevisste negative handlinger rettet mot enkeltpersoner eller teamet. Når slike hendelser oppstår, vil teammedlemmet reagere på en reflekterende måte, noe som fører til en nedadgående spiral av nedsatt funksjonsevne i teamet. Gode teamegenskaper som situasjonsovervåking og gjensidig støtte kan nå feiltolkes som at enkeltindivider ikke stoler på hverandre og negativt ettergår andre teammedlemmers arbeid. Gjennom gjensidig tillitt ligger det en aksept for at handlinger som situasjonsovervåking og gjensidig støtte fra andre teammedlemmer bunner i et ønske om å støtte hverandre til teamets beste (Salas et al., 2005).

## 1.5 Tidligere forskning

Godt teamarbeid avgjøres av mange ulike komponenter og mennesker som enkeltindivider er en av dem. Hvordan vi fortolker og analyserer verden kan være svært ulikt. Menneskelige faktorer, hva vi tenker og føler, hvordan vi interagerer med andre og med miljøet rundt, er en viktig faktor i teamsituasjoner. På slutten av 80-tallet startet flere tverrfaglige miljøer å studere menneskelige feil i medisinske høy-risikomiljøer. Forskerne så en sammenheng mellom oppgavene i anestesimiljøet og oppgaver i andre høyrisikoyrker som det allerede var gjort mye forskning på; piloter, militære team, oljeindustrien o.l. Dermed ble teamtreningprogram fra disse yrkene, også implementert i anestesien (St.Pierre et al., 2011).

Forskningen har på mange måter vist oss hva som kreves for å oppnå det perfekte teamet og hvordan kvaliteten på teamarbeid i helsetjenesten har en avgjørende rolle for trygg og effektiv pasientbehandling (Gregory et al., 2021; Salas et al., 2005; St.Pierre et al., 2011). For å kunne optimalisere og forbedre teamarbeidet mellom anestesileger og anestesisykepleiere, trenger vi også kunnskap om hvordan teamarbeidet fungerer i praksis. Like viktig som kunnskap vi har om hva som utgjør et godt team, er det å finne ut hvilke faktorer som kan opprettholde de ansattes lærte teamkompetanser på langsikt (Husebø et al., 2021a). Ved å undersøke anestesipersonellets erfaringer med teamarbeid i akutt kritiske situasjoner, kan vi få mulighet til å se hva som fungerer og hva som ikke fungerer, samt bevisstgjøre de ansatte på egne teamferdigheter og dermed opprettholde lærte teamkompetanser på langsikt. Håpet er at anestesipersonell vil opprettholde kunnskapen og praksisen på et godt teamarbeid i akutt kritiske situasjoner.

Til tross for store mengder forskning på tema teamarbeid, ser det ut til å være mindre litteratur på anestesipersonellets erfaring med teamarbeid innad i anestesiteamet i akutt kritiske situasjoner. Det ble gjennomført et strukturert litteratursøk i databasene Cinahl og Medline. Emneord som ble brukt i søket var *Anesthesia, Nurse Anesthetists, Teamwork, Hospital Rapid Response Team, Acute, Experience, Job experience, Communication*. Litteratursøket resulterte i funn av ulike typer erfaringer rundt teamarbeid. Schnittker et al. (2018) utførte en studie for å identifisere hvilke menneskelige faktorer som støttet opp under eller lagde barrierer for anestesiteamet under håndtering av vanskelig luftvei. De utførte dybdeintervjuer med både anestesileger

og anestesisykepleiere og kom frem til tre hovedfaktorer som støttet opp i situasjonen; å vite hvor nødvendig utstyr befinner seg, erfaring og læring, og teamarbeid og kommunikasjon. Interaksjonen mellom teammedlemmene og det kliniske miljøet (teknologien, utstyret og hvor det var plassert) spilte en stor rolle i både vellykket og mislykket håndtering av situasjoner med vanskelig luftveishåndtering (Schnittker et al., 2018). En pasientsituasjon med vanskelig luftvei kan enkelt forstås som en akutt kritisk situasjon og studien gir dermed relevante svar på hvilke faktorer som er vesentlige.

Samtlige av studiene som ble funnet på teamarbeid i akutte situasjoner tok opp kommunikasjon som en sentral faktor for vellykket eller mislykket teamarbeid (Beament & Mercer, 2016; Göras et al., 2020; Murphy et al., 2019; Schnittker et al., 2018). I studien til Murphy et al, undersøkte de traumeteammedlemmenes perspektiv og erfaring og fant at god lederdynamikk fremmer godt teamarbeid (Murphy et al., 2019).

Flere av de dokumenterte faktorene som er avgjørende for å oppnå et godt teamarbeid kan virke selvsagte. Likevel kan det i praksis være en stor utfordring å lede, kommunisere, opprettholde en felles situasjonsforståelse og å støtte hverandre i en stresset situasjon i arbeid med ulike teammedlemmer.

## 1.6 Hensikt

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer anestesipersonell har fra teamarbeid innad i anestesiteamet i akutt kritiske situasjoner. Håpet er at svarene i denne studien vil gi en større forståelse for hva som fungerer godt og hva som kan forbedres i anestesipersonellets teamarbeid med den akutt kritiske pasienten.

Studiens forskningsspørsmål er: Hvordan erfarer anestesipersonell teamarbeid i akutt kritiske situasjoner?

## 2 Metode

### 2.1 Design

Studien ble gjennomført med en kvalitativ metode og deduktiv tilnærming. Innsamling av data ble gjort gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer. Individuelt intervju ble valgt på bakgrunn av at den enkelte informant skulle kunne uttrykke seg fritt uten hensyn til kollegers tilstedeværelse. Intervjuene ble utført semistrukturert for å gi informantene en begrenset frihet til å snakke om egne erfaringer uten at det ledet for langt utenfor rammene.

### 2.2 Utvalg

Fokus for rekrutteringen var utvalgets relevans til studien og det ble gjort en strategisk utvelgelse. Ved forespørsel til deltagende anestesivdelinger, ble det valgt ut sykehus jeg som forsker ikke har noen tilknytning eller kjennskap til.

#### 2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for utvalget var anestesipersonell i form av anestesisykepleier og anestesilege. Med anestesilege menes både lege i spesialisering 2, ansatt ved anesivdeling, og anesthesiolog – lege med spesialistgodkjenning innen anesthesi. Det var krav om minimum 50% stilling innenfor anestesifaget på en avdeling hvor det benyttes akutteam. Til tross for at akutte situasjoner også kan oppstå på arbeidsplasser uten akutteam-funksjon, ble dette kravet stilt for å sikre at utvalget hadde nok erfaring med teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. For å styrke dette ble det sagt at utvalget skulle ha minimum ett års erfaring fra sin stilling som anestesipersonell.

Eksklusjonskriteriene gjaldt alt av helsepersonell uten spesialutdanning innenfor anesthesi. For å sikre nok erfaring på studiens tema, ble også alle anestesisykepleierstudenter ekskludert.

Grunnet prosjektets størrelse og ressurser, tilgang på informanter og muligheten for gjenkjenning av utvalget, ble det ikke lagt vekt på jevn fordeling mellom kvinner og menn. Til tross for interessen og ønsket om å studere flere avdelinger i Norge, ble masterstudien begrenset til to anesivdelinger i Helse Sør-Øst. Ønsket var å ha et utvalg likt fordelt mellom anesivleger og anesivsykepleiere i håp om å få frem erfaringer fra begge yrkesgrupper.

### 2.3 Datainnsamling

Innsamling av personvernopplysninger og samtykke til deltagelse ble basert på signert samtykke fra utvalget. Utarbeidelse av informasjons- og samtykkeerklæring ble gjort med mal fra Sikt og modifisert slik at den passet min studie (vedlegg 2).

Intervjuguiden ble inspirert av refleksjonsspørsmålene i boken til Randi Ballangrud og Sissel Eikeland Husebø (Ballangrud et al., 2021), men tilpasset denne studiens tema og formål. Etter konstruering av intervjuguiden, ble det gjort en pilottest gjennom intervju med en anestesisykepleier som ikke tilhørte anesthesiavdelingene hvor studien ble utført. Etter modifikasjoner i etterkant, ble intervjuguiden sendt inn til Sikt, godkjent og brukt slik den er vedlagt (vedlegg 3).

På grunn av distansen mellom de ulike partene og lang reisevei, ble intervjuene utført på videoanropsappen Zoom. Intervjuene ble tatt opp med appen Nettskjema Diktafon, en app utviklet av Universitetet i Oslo som også brukes av NTNU. Hvert enkelt intervju hadde en varighet på mellom 22 og 45 minutter. Intervjuene ble transkribert ordrett slik det muntlige vokabularet var og deretter anonymisert. Etter transkribering og anonymisering, ble lydopptakene slettet. Transkriberingen av lydopptakene ble lagret på et personlig M-område på NTNUs egen server.

På et separat dokument ble hver enkelt informant ført opp med navn og linket til koden *Informant 1, Informant 2, Informant 3* etc. gitt hvilken informant de var i rekken. Dokumentet ble oppbevart separert fra alt annet datamateriale i et låst skap på veilederes kontor. Les mer om personvern og forskningsetikk i kapittel 2.5 *Forskningsetikk*.

## 2.4 Dataanalyse

Ønsket var en lik fordeling mellom yrkesgruppene i utvalget, men på grunn av begrenset tidsbruk og begrenset tilgang på informanter endte rekrutteringen med 8 deltagere; 5 anestesisykepleiere og 3 anestesileger. Til tross for ujevn fordeling av anestesisykepleiere og anestesileger gav datamateriale en god variasjon av erfaring fra begge yrkesgrupper.

Datamaterialet ble studert og analysert med en tematisk tilnærming (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse har et mangfold av retninger, begreper og ulik praksis. I denne oppgaven forholdt jeg meg derfor til refleksiv tematisk analyse – begrepet Braun og Clarke bruker om sin tilnærming til metoden (Braun & Clarke, 2022).

### 2.4.1 Tematisk analyse i seks steg

I henhold til tematiske analysemetode, ble det gjort en systematisk gjennomgang av dataene ved hjelp av de seks analysestegene; første steg – fordypning i dataene, andre steg – koding av data, tredje steg – grovfremstilling av de første temaene, fjerde steg – utvikling og gjennomgang av temaene, femte steg – finpussing, definering og navngiving av temaer, og sjette steg – sammenfatte et resultat (Braun & Clarke, 2006).

**Første steg:** Jeg gjorde meg kjent med dataene ved å transkribere ordrett og deretter lese gjennom intervjuene flere ganger – første gjennomlesning gav et overblikk, og de gjentatte gjennomlesningene ble en fordypning med forskningsspørsmålet som en rød tråd for det jeg var ute etter. Målet var å forsøke og skape en mening av verdenen som ble presentert i dataene, for så å finne meningsfulle mønstre.

Dataene ble analysert med en deduktiv tilnærming i og med at analysen ble formet av min eksisterende teoretiske forståelse av hva godt teamarbeid er. Her forholdt jeg meg til de fire teamferdighetene ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte og leste dataene gjennom denne forforståelsen.

**Andre steg:** Kodingen ble gjort ved å lese gjennom alle intervjuene og trekke ut mening i form av en eller flere setninger som kunne tildeles en kode. Koden fremstod som et ord eller en setning med en meningsverdi. For å kunne finne tilbake til sitatet hvor koden ble brukt, ble den merket med *Inf* for «informant», tall for hvilken informant det var, deretter tall for hvilken meningsenhet det var i transkriptet. Første meningsenhet fra Informant 1 ble dermed merket slik: Inf. 1, 1. Tabellen nedenfor viser eksempler fra sitater i transkriptene som ble samlet under ulike koder.

Meningsenhet	Kode
<p>Em.. Du har jo noen som.. e.. noen som ikke.. hva skal jeg si da.. trives i akutte situasjoner. At man blir stresset, at man blir redd, at man fryser litt og på den måten er nødt til å bli fortalt hva man skal gjøre (Inf. 7, 4).</p> <p>Det er jo ikke mange av de, men det er jo noen som kanskje i utgangspunktet er veldig gode i elektive pasienter og forbereder dem godt, men som i kritiske situasjoner ikke klarer å holde seg rolig.. (Inf. 1, 22).</p>	Akutte situasjoner er ikke for alle
<p>Ja, da gruer man seg og man blir på en måte.. ja, redd for å si noe feil da, på en måte. Og det tror jeg gjør at det du kanskje drøyer litt for lenge med å si i fra om ting kanskje. Eller at ja.. det kan.. eller ja.. glippe på noen ting da (Inf. 3, 39).</p> <p>Jeg merker det jo selv også på meg selv på en måte. Hvis det kommer.. kommer unødvendige kommentarer eller ett eller annet som trigger meg da, så blir jeg jo en dårligere lege med en gang (Inf. 8, 53).</p>	Konflikt i teamet reduserer teamets prestasjon

**Tredje steg:** Fordi jeg analyserte dataene med en deduktiv tilnærming, ble kodene med tilhørende meningsenhet delt inn i de fire teamferdighetene fra TeamSTEPPS: ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte. Disse ble satt som overordnede tema for å strukturere analyseringen. Alle koder med tilhørende sitat ble gjennomgått gjentatte ganger. I denne prosessen ble flere koder endret og flyttet på samtidig som nye oppstod. Denne gjennomgangen viste etter hvert ulike temaer som gikk igjen i kodene. Tabellen viser eksempel fra koder som ble til temaer.

Koder	Tema
<p>Usikkerhet som ny</p> <p>Støtte i teamet</p> <p>Trygghet gjør at du tør å si i fra</p> <p>Trygghet kommer med erfaring</p> <p>Flat struktur bidrar til felleskap</p>	Trygghet i teamet
<p>Implisitt kommunikasjon</p> <p>Viktig å kommunisere eksplisitt</p> <p>Misforståelser fører til ineffektiv jobbing</p>	Anestesiteamet har en gjensidig underforstått kommunikasjon

**Fjerde steg:** Temaene som ble laget i steg tre ble gjennomgått flere ganger og navnet om ettersom analysen fortsatte. Sitatene med koder ble lest gjennom på nytt og endringer ble gjort ved at noen koder ble flyttet, noen ble slettet mens nye oppstod.

Analysen ble gjort over tid for å lettere kunne se datamateriale i nytt lys og ikke låse seg i faste spor.

**Femte steg:** En siste gang ble koder og temaer gjennomgått, og endelig tema ble satt som et overordnet svar på forskningsspørsmålet. Denne prosessen med endring av tema, videre analysing og vurdering av resultatene fortsatte helt ut mot ferdigstilt rapport, hvor jeg kom til et resultat og en konklusjon.

**Sjette steg:** Til slutt ble den fullstendige rapporten fullført i sin helhet som en masteroppgave.

## 2.5 Forskningsetikk

### 2.5.1 Søknader

Før oppstart ble prosjektet med prosjektbeskrivelse meldt til Norsk Senter for Forskningsdata – Sikt (vedlegg 1). Etter prosjektgodkjenning fra Sikt ble det sendt forespørsel om gjennomføring av prosjektet til personvernombudet i gjeldende helseforetak (ref.nr. 27545108). Når prosjektet ble godkjent av personvernombudet, ble det i samsvar med nye retningslinjer, også sendt forespørsel til forskningsavdelingen ved helseforetaket om tillatelse til å opprette kontakt med avdelingsleder på de aktuelle anesthesiavdelingene. Etter godkjenning også her, opprettet jeg kontakt med to anestesisykepleiere som var ledere for hver sin avdeling. De fikk tilsendt inklusjons- og eksklusjonskriterier og rekrutterte aktuelle informanter i forholdt til disse. Når de hadde funnet aktuelle deltagere ble det opprettet direkte kontakt gjennom e-post eller via telefon.

### 2.5.2 Personvern

I forkant av studien ble det foretatt en risikovurdering for å kartlegge mulige uønskede hendelser og minimere risikoen for mangler ved behandling av personopplysninger. Personopplysninger på avveie ble vurdert til risikoen moderat og tapte personopplysninger og datamateriale ble vurdert til moderat. For å minimere risikoen ble det oppført tiltak som jeg forholdt meg til underveis, som for eksempel å alltid oppbevare og arbeide med elektroniske dokumenter i sikret M-område fra NTNU, og oppbevare maskinen i låst rom når jeg ikke var til stede.

Personvernopplysninger defineres i følge EUs personvernforordning/General Data Protection Regulation (GDPR) og Personvernloven som opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til en identifiserbar enkeltperson; for eksempel navn, fødselsnummer, telefonnummer, e-postadresse, lokaliseringsoplysninger eller andre elementer som er spesifikke for den enkeltes fysiske, fysiologiske, genetiske, psykisk, økonomiske, kulturelle eller sosiale identitet (Europaparlaments- og rådsforening, 2016; Personopplysningsloven, 2018). Bilder og lydopptak hvor den enkelte kan gjenkjennes, regnes også som personopplysninger (Personopplysningsloven, 2018), noe jeg måtte forholde meg til. I forkant av studien ble alle personopplysninger av verdi kartlagt for å sikre ivaretagelse av prinsippet om dataminimering: mengden innsamlede personopplysninger skal begrenses til det som er nødvendig for formålet med innsamlingen (Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, 2023d). I denne studien var det et behov for å samle inn personvernopplysninger i form av navn, kontaktinformasjon som mailadresse og telefonnummer, og arbeidsplass for å opprette

en direkte kontakt med deltagerne. Det ble også samlet inn opplysninger om profesjon og ansiennitet med grunnlag i verdien det hadde for studien og dens formål.

Personopplysningene ble kategorisert i henhold til NTNUs vurdering av konfidensialitet slik at behandlingen av opplysningene ble gjort i henhold til klassifiseringen (Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, 2023c). For å sikre rett kategorisering av innsamlede opplysninger, ble Sikt kontaktet for veiledning. Opplysningene som ble innhentet ble deretter klassifisert som Nivå 2 (av 4) – *Intern klassifisering*, på bakgrunn av at det ikke ble samlet inn sensitive personopplysninger eller annet som kan skade offentlig interesser, NTNU, enkeltindivider eller mulige samarbeidspartnere (Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, 2023c). Personopplysningenes tilgjengelighet og integritet ble vurdert til Nivå 2 – *Moderat*, med grunnlag i NTNUs beskrivelse: Informasjonsverdien påvirker kun enkelte isolerte tjenester eller funksjoner, og feil i informasjonen kan gi moderate økonomiske skader og/eller svekket omdømme for NTNU, enkeltindivider eller samarbeidspartnere (Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, 2023c).

Fordi behandling av personopplysninger krever et behandlingsgrunnlag, har denne studien tatt utgangspunkt i artikkel 6, punkt 1, vilkår a) fra EUs personvernforordning (GDPR): den registrerte har samtykket til behandling av sine personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål (Europaparlaments- og rådsforening, 2016). Innsamling av personvernopplysninger og samtykke til deltagelse baserte seg derfor på skriftlig samtykke fra informantene, og det ble opprettet et informasjon- og samtykke skjema (vedlegg 2).

Prosjektet forholdt seg til en hver tid til Helsinkideklarasjonens forskningsetiske prinsipper om informert samtykke og frivillighet (World Medical Association, 2022). Informasjon- og samtykkeskjema, utviklet fra en mal laget av NTNU, inneholdt informasjon om prosjektet, behandling av personvernopplysninger og deltagerens rettigheter (vedlegg 2). Gjennom avdelingsleder fikk aktuelle deltagere tilsendt skjema som ble signert, scannet inn og sendt tilbake til min mailadresse ved NTNU. De signerte skjemaene ble skrevet ut og mailen ble slettet etter utskrift. Deretter ble de fraktet til veileders kontor og låst inn i et skap på kontoret som kun veileder hadde nøkkel til, adskilt fra lydopptak og transkripsjoner fra intervjuene.

Intervjuene ble utført gjennom videoanropsappen Zoom, som i følge NTNUs retningslinjer kan brukes på informasjonsklassifisering nivå 2 – *Intern* (Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, 2023e). Gjennom tilgang fra NTNU ble det logget inn på en personlig bruker for å unngå at uvedkommende fikk tilgang til det virtuelle møterommet under intervjuet. Som sikkerhet fulgte jeg NTNUs oppskrift for sikring av Zoom-møter (Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, 2023a). Det ble ikke gjort noen form for video- eller lydopptak gjennom Zoom-appen. Hver enkelt deltager ble på selve intervjudagen tilsendt en link på sin prefererte mailadresse som tillot deres deltagelse i Zoom-møtet. Informantene fikk beskjed om å sitte på et rom adskilt fra andre med visshet om at ingen kunne overheøre intervjuet. Som intervjuer satt jeg i et annet lukket rom som ikke var tilgjengelig for andre.

Som tidligere nevnt i kapittel 2.3 *Datainnsamling*, ble lydopptakene gjort via appen Nettskjema Diktafon. Denne gjør det mulig med lydopptak fra private enheter uten at lydopptakene lagres på selve enheten. For å sikre at lydopptakene ikke gikk tapt, ble det anbefalt å bruke to enheter for opptak gjennom Nettskjema Diktafon, noe jeg gjorde i alle 8 intervjuene. Direkte etter avsluttet opptak, ble lydopptaket kryptert og sendt til



Nettskjema – en sikker løsning for datainnsamling som krever tofaktorautentisering for innlogging gjennom bruker i NTNU (Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, 2023b). Lydopptakene ble lagret i Nettskjema hvor kun jeg hadde tilgang. Direkte etter transkriberingen var gjort, ble lydopptakene slettet fra Nettskjema. Som nevnt i kapittel 2.3 *Datainnsamling*, ble det opprettet et dokument som koblet informant til identitet. Dette skjema ble oppbevart separat fra transkripsjoner og lydopptak ved at det ble lagret i samme låste skap som informasjons- og samtykkeskjemaene.

Transkriberingen ble anonymisert ved å fjerne blant annet alle person- og stedsnavn og erstatte de med tegnene «...». Språket i transkripsjonene ble gjort om til bokmål for å unngå gjenkjennelse gjennom dialekt. Transkriberingen ble videre lagret på et personlig M-område på NTNUs egen server. Koblingsnøkkelen i form av skjemaet som kobler informant til person, ble ved prosjektslutt makulert. De anonymiserte transkripsjonene lagres på NTNUs fillagringsområde NICE-1, et sikkert lagringsområde som krever tofaktorautentisering for innlogging. Her vil dataene lagres i fem år etter prosjektslutt i henhold til oppbevaringsplikt og av hensyn til etterkontroll og tilsyn (Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet, 2023f).

## 3 Resultat

Etter fullført analyse ble det identifisert 10 temaer ut ifra de fire overordnede temaene *ledelse, kommunikasjon, situasjonsforståelse* og *gjensidig støtte*. Nedenfor er temaene presentert skjematisk i tabellform. Videre presenteres de i påfølgende kapitler med sitat fra informantene for å gi innblikk i veien til resultatet.

Overordnede tema	Tema
Ledelse i akutt kritiske situasjoner	<ul style="list-style-type: none"><li>- Naturlig rollefordeling</li><li>- En klar og tydelig leder</li></ul>
Kommunikasjon er essensielt	<ul style="list-style-type: none"><li>- Closed Loop er det sentrale kommunikasjonsverktøyet</li><li>- Anestesiteamet har en gjensidig underforstått kommunikasjon</li></ul>
Situasjonsovervåking i den akutt kritiske situasjonen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Akutt kritiske situasjoner skiller seg ut</li><li>- Positiv overvåking av hverandre</li><li>- Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner blir lettere med erfaring</li></ul>
Gjensidig støtte innad i teamet	<ul style="list-style-type: none"><li>- Konflikter håndteres</li><li>- Trygghet i teamet</li><li>- Godt teamarbeid i akutt kritiske situasjoner er motiverende</li></ul>

Fig. 3: Overordnede tema med de 10 identifiserte temaene

### 3.1 Ledelse i akutt kritiske situasjoner

#### 3.1.1 Naturlig rollefordeling

Anestesipersonell erfarer at rollefordelingen innad i anestesiteamet i en akutt kritisk situasjon ofte flyter naturlig. De forklarer at ved ankomst til hendelsesstedet går anestesilege raskt til luftveier, mens anestesisykepleier bistår med å legge nåler, trekke opp medisiner og skaffe nødvendig utstyr. Dette skjer stort sett som en underforstått handling og mye av arbeidet går av seg selv. Det forklares med at de ofte står sammen i team og kjenner hverandres roller og oppgaver.

«Det som jeg syns er så kjekt med den dere teamjobbinga er jo at vi, vi jobber veldig sammen så vi vet hva som er våre oppgaver» (Inf. 2, 4).

De erfarer at rollefordelingen ofte er underforstått og faller naturlig av seg selv i det teamet ankommer. Enkelte erfarer hvordan anestesiteamet oppleves som en sverm som strømmer til, og at rollefordeling ikke alltid lar seg planlegge i forkant av en hendelse. I en akutt kritisk situasjon erfarer både anestesisykepleierne og anestesilegene at det er naturlig for alle at den mest erfarne anestesilegen tar lederrollen innad i anestesiteamet. Samtlige av informantene forklarer denne rollefordelingen med at anestesilegen sitter med det medisinske ansvaret og har hovedansvaret ovenfor pasienten.

«Nei, det er jo ganske naturlig at, at det er anestesilegen som tar den teamlederfunksjonen da, når han kommer på plass så synes jeg veldig ofte at det de skaffer seg raskt en oversikt og.. og tar den lederfunksjonen da» (Inf. 3, 3).

Til tross for at de i de aller fleste tilfeller erfarer at den mest erfarne anestesilegen tar lederrollen, forteller enkelte av informantene at dette også er situasjonsavhengig. De har erfaring fra team hvor anestesisykepleier tildeles lederrollen basert på sin erfaring ovenfor en eventuelt nyere anestesilege. Likevel erfarer de aller fleste at sykepleiere ikke søker en lederrolle og i tilfeller hvor anestesisykepleier har mest erfaring, blir resultatet

ofte at de støtter opp om den mindre erfarne anestesilegen ved å gi råd og veiledning underveis uten å ta over lederrollen.

«... da føler jeg det blir mer at man hjelper hverandre. Ikke at man overtar den ledelsesrollen, men at man på en måte samarbeider som et.. ja.” (Inf. 4, 4).

Flere av anestesipersonellet erfarer at legene generelt er flinke til å se verdien av erfarne anestesisykepleieres kunnskap og at dette er et godt verktøy nyere anestesileger bruker i situasjoner de selv ikke føler seg trygge i.

### 3.1.2 En klar og tydelig leder

Anestesipersonell erfarer at det er viktig for teamet å definere en tydelig leder, enten eksplisitt ved å si hvem som tar ledelsesrollen, eller implisitt ved at lederen tar kontroll over situasjonen med en klar og tydelig stemme. I situasjoner hvor den mest erfarne legen ikke trer frem som en tydelig leder, erfarte noen av informantene at det oppstod en usikkerhet innad i teamet og en konflikt på hvem som må steppe inn som leder. Flere erfarte at en udefinert leder resulterte i et mindre samkjørt team, frustrasjon over dårlig organisering og usikkerhet i forhold til videre fremdrift og mål. Erfaringen er at en utydelig leder også bidrar til misforståelser og usikkerhet i teamet rundt hvem som skal gjøre hva.

«Der jeg opplever konflikt inni meg er jo når det kommer veldig erfarne folk som ikke tar ledelse, så må man fylle inn vakuemet. Det er jo egentlig det” (Inf. 8, 16).

Enkelte av informantene nevner at erfarne anestesileger i lederrollen enkelte ganger tar det som en selvfølge at teammedlemmene forstår. De har erfaring fra situasjoner hvor teamleder ikke deler det de selv mener er en åpenbar tankegang, noe som skaper usikkerhet, spesielt blant nyutdannede. Både anestesileger og anestesisykepleiere erfarer at når lederen tenker høyt og gir tydelige beskjeder om plan og mål, samkjører dette teamet og skaper en ro i en ellers presset situasjon. De erfarer at teamet på denne måten vet hvor de er i prosessen og lettere kan forutse oppgaver som kommer. En klar og tydelig leder gir en trygghet for teamet i en ellers psykisk krevende situasjon og teammedlemmene setter stor pris på denne funksjonen.

«Det kunne jo være sånn når jeg jobba i ... at det var mange jeg ikke var så veldig godt kjent med, men var en klar, tydelig person som ga gode beskjeder, så opplevdes også det som egentlig veldig trygt og veldig godt å jobbe under» (Inf. 3, 18).

Anestesipersonellet erfarer at den den akutt kritiske situasjonen er mer krevende både for teamleder og teamet ellers. I disse situasjonene erfarer flere av informantene at det er spesielt viktig for teamet å ha en trygg leder som klarer å stå i en krevende situasjon. De erfarer at en usikker leder kan skape mistillit blant teammedlemmene og spørsmål rundt hvorvidt teamlederen klarer å håndtere mer krevende situasjoner i fremtiden.

Utover det som er nevnt ovenfor er den generelle erfaringen blant anestesipersonell at ledelsesrollen fungerer godt. Lederen er ofte klar og tydelig i sin kommunikasjon og teamet støtter opp om lederen ved å gi råd og veiledning der det trengs, og respekterer avgjørelser som blir tatt til tross for uenighet.

«Og det kommer alltid en eller annen inn som tar den rollen (lederrollen) som har en klar og tydelig stemme. Så jeg synes egentlig den delen fungerer ganske bra» (Inf. 5, 5).

## 3.2 Kommunikasjon er essensielt

### 3.2.1 Closed Loop er det sentrale kommunikasjonsverktøyet

Anestesipersonellet i studien erfarer at kommunikasjonen i en akutt kritisk situasjon er presis og direkte. Flere av informantene forteller at den bærer preg av Closed Loop som i de aller fleste tilfeller blir brukt aktivt av alle teammedlemmene. Denne kommunikasjonsmåten erfares som den mest effektive i en ellers stresset situasjon. Enkelte har erfaring fra at de bruker Closed Loop kommunikasjon utenom akutte situasjoner, slik at det blir naturlig å kommunisere på denne måten i en mer krevende hendelse. Flere av informantene erfarer at Closed Loop ikke nødvendigvis avtales i forkant, men forteller at det i de aller fleste akutte situasjoner faller seg naturlig å bruke gjennom hele den akutte fasen.

«... I de fleste tilfeller at det er rolig og konkrete tilbakemeldinger, veldig sånn closed loop kommunikasjon» (Inf. 1, 24).

Likevel har andre informanter erfaring fra at Closed Loop ikke alltid blir praktisert like godt og i enkelte akutte situasjoner kan det glippe. Erfaringen er at det avhenger av person og situasjon hvor effektive teamet er til å kommunisere på denne måten. I tilfeller der Closed Loop ikke praktiseres erfarer noen av informantene at det lettere oppstår misforståelser og usikkerhet rundt hvem som utfører hvilke oppgaver og at teamet dermed blir mindre samkjørt. De erfarer at det er viktig å bruke Closed Loop aktivt, gjenta beskjeder som blir sagt og snakke høyt. Andre erfarer at Closed Loop-kommunikasjonen i teamet pleier å være preget av konkrete beskjeder med en rolig og presis karakter.

De fleste av informantene hadde erfaring fra at krevende situasjoner med høyt stressnivå ofte blir preget av mye unødvendig snakk innad i teamet. Unødvendig snakk og irrelevant informasjon erfares for informantene som irriterende for andre teammedlemmer. De forteller at kapasiteten til fokus på oppgaver da blir brukt på irritasjon over enkelte teammedlemmer, noe som skaper ubalanse i teamet.

«Det blir jo dårligere dynamikk, em.. fordi at det man blir, i tillegg til å være konsentrert og kjenne på alvoret i situasjonen, så blir man jo irritert rett og slett. Og det forstyrrer veldig» (Inf. 6, 22).

Samtlige forteller at det i en akutt kritisk situasjon ofte er mange til stede. Erfaringen er at det dermed blir viktigere hvordan hver enkelt tar en avveining på hva som er nyttig info og hva som ikke er relevant, i forhold til når det skal gis beskjed om hva.

### 3.2.2 Anestesteamet har en gjensidig underforstått kommunikasjon

Anestesipersonell erfarer at de ofte står i teamsituasjoner og at de er godt vant med denne måten å jobbe på. De fleste informantene forteller om erfaring fra hvordan yrkesgruppen har en felles underforstått kommunikasjon som er gjensidig mellom anestesipersonell og at mye av denne kommunikasjonen er selvforstått. Det er en forståelse for hva som kommer av oppgaver ut ifra situasjonsbilde, og uten å

nødvendigvis si ting verbalt, kan teammedlemmene forstå hva som skal gjøres ut ifra hendelsesforløp. Dette forklarer de med at teamet kjenner hverandres oppgaver og vet hva som trengs i ulike situasjoner.

«Kommunikasjon mellom anestesipersonell i de akutte typiske casene som man har syns jeg egentlig er veldig god.. for det at vi forstår hverandre på en.. på en måte som kanskje ikke alle profesjoner innenfor helse forstår hverandre» (Inf. 7, 2).

Både anestesisykepleiere og anestesileger har erfaring fra hvordan korte, enstavelsesord kan gi mening for teammedlemmene i anestesiteamet, og at kommunikasjonen flyter på denne måten, uten at det blir så mye snakk. De erfarer at teammedlemmene følger med på hverandres oppgaver og ser behovet før det blir sagt verbalt. Erfaringen er at denne måten å kommunisere på fungerer godt i team som er kjent med hverandre og teamets måte å jobbe på.

Til tross for at mye av kommunikasjonen er selvforstått, erfarer andre derimot at å kun jobbe i det stille kan føre til feil og misforståelser i teamet, noe som også forekommer. Flere nevner at misforståelser forklares med «Jeg trodde at..» og at slike situasjoner ofte oppstår på grunn av ting som ble tenkt, men ikke sagt. De erfarer at det kan være farlig å kun jobbe i det stille, og mener det er viktig å fortelle teamet hva som blir gjort og å få tilbakemelding. Enkelte har erfaring fra at underkommunisering kan føre til uenigheter og dårligere dynamikk innad i teamet. Noen av informantene har erfaring med at språkbarrierer og kulturforskjeller kan bidra til misforståelser. Tydelighet og en visshet om at mottaker har forstått beskjeder som blir gitt erfares derfor som en vesentlig del av den gode kommunikasjonen.

Flere av informantene erfarer at teamet trenger en leder som holder oppdateringer eksplisitt underveis og kommuniserer godt ut til teamet hvor de er i forløpet og hva planen er fremover. Uten en slik kommunikasjon opplever de at fremdriften blir dårlig og at teamet ikke er like samkjørt som det bør være.

«At de tenker det implisitt i hodet sitt, og det er selvfølgelig for de. Men det er ikke selvfølgelig for de andre, og da jobber ikke alle i samme retning» (Inf. 8, 21).

Kommunikasjonen i de akutt kritiske situasjonene erfares av samtlige å være presis og preget av klare, tydelige beskjeder. Den oppleves som velfungerende når det er lite utenomsnakk og når det kun er de med relevant informasjon som snakker. Mange erfarer også at språket blir tydeligere og skarpere, men at det står til behovet i en akutt kritisk situasjon. Dette er det en gjensidig forståelse for innad i teamet og de aller fleste tåler at meldingene bærer preg av en skarpere tone.

«Det er jo liksom ikke.. man kan ikke stryke folk over håra på en måte, når det brenner liksom. Da må ting bli gjort» (Inf. 4, 20).

Flere av informantene erfarer at vellykket kommunikasjon i teamet, både eksplisitt og implisitt, avhenger av teamets felles situasjonsforståelse som ofte etableres av en tydelig leder som kommuniserer ut til teamet hvor de er i forløpet.

## 3.3 Situasjonsovervåking i den akutt kritiske situasjonen

### 3.3.1 Akutt kritiske situasjoner skiller seg ut

Mange av informantene erfarer at de ofte står i teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. De erfarer at denne situasjonen skiller seg fra hverdags situasjoner ved at det ofte står om liv og at tidsrammene er smale. Enkelte av informantene erfarer at hendelsene oppleves mer nært når det enkelte teammedlem kan relatere seg til pasientens livssituasjon. Situasjonene kan oppstå på alle mulig steder rundt om på sykehuset og de erfarer at anestesipersonellet sjeldent forholder seg til ett spesifikt rom. Enkelte forteller at de må forholde seg til ukjente arbeidsområder og i noen tilfeller også ukjente teammedlemmer, ofte på grunn av vikarer som kommer og går. De erfarer også at situasjonene kan oppstå raskt og uten forvarsel, noe som gjør det hele uforutsigbart.

«Hvis jeg også skulle bare tatt for meg et katastrofekeisersnitt, et barn skal være ute på seks minutter, og vi skal rekke å ha lagt i narkose og alt dette her, så er jo det.. Da er du pressa til randen da» (Inf. 2, 21 og 22).

Mange av informantene erfarer at den akutt kritiske situasjonen gjør noe med stemningen og det enkelte teammedlem. Flere har erfaring fra hvordan teammedlemmer kan bli påvirket av situasjonen på ulike måter. De har erfaring fra at noen kan bli stille og trekke seg vekk, mens andre blir mer voldsomme eller skarpere i måten å kommunisere på. Enkelte kan reagere med å bli hissige eller aggressive og få en oppførsel som følger med kaos og lite struktur. Flere av anestesipersonellet erfarer også at teamledere med et stort ansvar kan reagere med en mer hissig oppførsel. Til tross for dette får de mer overbærenhet fra teamet fordi det er en underliggende forståelse for byrden hovedansvaret kommer med og teamet erkjenner at en slik situasjon er psykisk krevende for alle. Enkelte forteller at teamleder har et bevisst ansvar for å holde teamet rolig i en slik psykisk krevende situasjon. Jo mer kritisk, desto viktigere erfarer de at denne rollen blir.

«Alle ønsker jo å gjøre den beste jobben de kan, og så er det vanskeligere. Så.. og da er det jo å prøve å gi den psykologiske tryggheten og aldri prøve å være for skarp i.. i stemmen» (Inf. 8, 47).

Noen av informantene nevner hvordan de mest kritiske situasjonene kategoriseres av anestesipersonell som situasjoner hvor «fight-flight»-funksjonen slås på blant teammedlemmer og de trenger å minnes på fokus og nøyaktighet. Når den akutt kritiske situasjonen er krevende erfarer de at stemningen blir mer spisset og kommunikasjonen skarpere, for å få teamet samkjørt og rettet mot samme mål. Dette erfarer flere av informantene som en nødvendighet i en situasjon hvor kapasiteten til den enkelte reduseres. De erfarer at teamet er flinke på felles situasjonsovervåking slik at de kan plukke opp feil og bistå hverandre hvor det trengs.

«Også dette med at folk reagerer annerledes på akutte kritiske situasjoner. Blir veldig med i øyeblikket mens andre trekker seg litt tilbake og trenger konkrete beskjeder for at de skal gjøre jobben sin i det hele tatt» (Inf. 7, 48).

Det er en utbredt erfaring for både anestesileger og anestesisykepleiere at ikke alle håndterer de akutt kritiske situasjonene like godt. De erfarer at for noen teammedlemmer blir kombinasjonen av høy risiko, liten tidsramme og høyt krav til teamets prestasjon for mye. De forteller hvordan dette kan føre til at enkelte har preferanser på hvem de ønsker å jobbe i team med. Enkelte informanter erfarer at

teammedlemmer som ikke er egnet i akutt kritiske situasjoner, øker ansvaret på resten ved at de må tenke og jobbe for flere.

Samtlige erfarer at for mye folk i de mest kritiske situasjonene fører til mer ineffektiv jobbing. De erfarer at teamarbeidet flyter bedre uten for mange til stede, og at kollegaer utenfor teamet kun kommer til dersom de får beskjed. Enkelte erfarer at for mange folk i en akutt kritisk situasjon undergraver både kommunikasjon og flyt i oppgaver. De fleste erfarer likevel at anestesipersonell ofte er flinke til å trekke seg tilbake dersom de ser at det er nok folk til stede.

Fordi en akutt kritisk situasjon krever mer av teamet som en helhet, erfarer enkelte av informantene at det er viktig med bevissthet rundt faktorer som forstyrrer. De har erfaring fra hendelser hvor både medisinsk-teknisk utstyr og prosedyrer stjeler så mye oppmerksomhet at det oppstår farlige situasjoner uten at teamet merker det. Enkelte erfarer at det som nyutdannet er lett å bli så fokusert på egen oppgave, at hendelser ellers ikke blir lagt merke til.

«Nei, det er jo kommunikasjonen seg imellom, og at man sørger for å være bevisst.. at.. hva som fjerner vid-synet ditt da. Så vi.. Det er den rollen vi har, at vi hopper inn og ut i fokuserte oppgaver, og så kan.. må vi passe på å få opp blikket og.. em.. komme inn igjen i situasjonen» (Inf. 8, 42).

En felles erfaring blant anestesipersonell er at den akutt kritiske situasjonen skiller seg ut, men at teamet til gjengjeld forsøker å ta mer hensyn til hverandre og være ekstra overvåkende og støttende i disse situasjonene.

### 3.3.2 Positiv overvåking av hverandre

Flere av informantene erfarer at teammedlemmene kjenner hverandres oppgaver godt og hjelper til dersom det blir behov. De erfarer at de utfyller hverandre fordi teamet kjenner hverandres oppgaver. Noen av informantene snakker om erfaringen fra de var nyutdannet og at de da ofte hadde nok med seg selv og mindre kapasitet til å bistå andre teammedlemmer. De erfarer at de med tiden får en forståelse for andres oppgaver og lettere kan hjelpe andre teammedlemmer i å gjøre en bedre jobb. Enkelte erfarer at teamet i de fleste tilfeller har samme situasjonsforståelse, mens andre har erfaring fra tilfeller hvor teammedlemmene har ulik forståelse av situasjonens alvorlighetsgrad.

«...Det er jo lite sykehus, da kjenner jeg jo folkene mine, og kanskje jeg ser at de.. ee.. ja, er mindre.. mindre i kampmodus enn de burde ha vært, for eksempel» (Inf. 8, 43).

De aller fleste erfarer at ulik situasjonsforståelse rettes fort gjennom teamleders eksplisitte oppsummering underveis. Flere av informantene erfarer at når teamet med jevne mellomrom har en form for time-out hvor situasjonsbildet og videre plan oppdateres, blir teamet mer samkjørt og dette sikrer en felles situasjonsforståelse gjennom hele den akutte fasen. Noen av informantene erfarer at i situasjoner med høyt stressnivå, bidrar disse oppdateringene til ro i teamet og sørger for mer overordnet kontroll.

Anestesipersonell erfarer at dynamikken i teamet er bedre når teamet er kjent. Flere av informantene har erfaring fra hvordan mindre anesthesiavdelinger består av færre ansatte, som igjen skaper et tett samarbeid dem imellom. Her møtes de samme teammedlemmene oftere i teamsituasjoner, og blir raskere kjent med hverandres styrker og svakheter. Informantene erfarer at positiv overvåking av hverandre oppleves lettere

og mindre konfronterende fra kjente teammedlemmer. Ved å kjenne teammedlemmene tar kollegaer også hensyn til hverandre og tilpasser seg de ulike personlighetene for å utgjøre et best mulig team i krevende forhold. De forklarer det med at de kjenner kollegaers prefererte måte å jobbe på eller kjenner til teammedlemmers reaksjon på akutt kritiske hendelser. Når teamet har erfaring med hverandre som teammedlemmer i akutt kritiske situasjoner, erfarer enkelte at det skapes en tillitt dem imellom og en forståelse som bidrar til et bedre samarbeid.

«Jeg tror det også kommer mye på erfaring og kultur, og hvordan man jobber, at det man tilegner seg en.. en måte å jobbe på. Og så vet jeg at det den legen gjør sånn, og så vet jeg at den legen gjør sånn. Og så blir det plutselig en bedre forståelse jo bedre du kjenner til den andre, og hvordan den arbeider» (Inf. 5, 35).

De fleste erfarer at det er rom for å tilby hjelp og for å si i fra dersom ting ikke oppleves rett. Flere av informantene forteller at de selv vektlegger å si i fra og eventuelt ta over en oppgave på en hensynsfull måte for å unngå konflikt mellom teammedlemmer. De erfarer at korreksjon og tilbakemelding på en respektfull måte skaper mer velvilje, og mindre mistenksomhet rundt motivet bak. Andre informanter har likevel erfaring fra at hjelp kan oppleves som mistillit fra kollegaer. De har erfaring fra at tilbud om å hente inn høyere kompetanse kan skape uro, og at det kan oppleves som et angrep på egen kompetanse.

De aller fleste erfarer likevel at teamet stort sett har en felles forståelse for at teammedlemmene kun ønsker pasientens beste og i de fleste tilfeller aksepteres en positiv overvåking av andres arbeid. Erfaringen fra de aller fleste er at når teamet har et tydelig felles mål og den enkelte sier i fra på en respektfull måte, er det lettere å akseptere hjelp fra andre ved at de enten korrigerer eller må overta en oppgave som ikke blir utført korrekt.

### 3.3.3 Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner blir lettere med erfaring

Samtlige av informantene har erfaring fra at å være ny som anestesipersonell er krevende i seg selv og presset øker betraktelig i de akutt kritiske situasjonene. De erfarer at kommunikasjonen endrer form, meldingene blir mer skarpe og kravet til prestasjon øker. De forteller at erfarne er mer hardhuda og tåler miljøet bedre i forhold til nyutdannede som er mer sensitive for krass tilbakemelding og skarpe kommentarer. Enkelte informanter forteller om erfaringer fra at teamarbeid med erfarne teammedlemmer flyter bedre, noe som merkes når det kommer uerfarne inn i teamet. Enkelte husker fra sin tid som nyutdannet å møte på en mistillit og en irritasjon fra andre teammedlemmer når de ikke visste hva de skulle gjøre eller ikke utførte oppgavene i tråd med resten av teamet. Mer erfarne har erfaring fra at dette kan bli et irritasjonsmoment i teamarbeid med nyutdannede. De oppgir at uerfarne teammedlemmer i enkelte tilfeller øker byrden på resten av teamet, ved at de selv må tenke og handle for flere i en krevende situasjon hvor de er avhengig av at hvert enkelt teammedlem gjør sin del. Dette fører til at de mer erfarne ut av frustrasjon blir krassere i måten de snakker til nyutdannede på. Andre hadde erfaring fra at en slik krass reaksjon fra teamet bidro til usikkerhet og at arbeidet videre ble preget av nervøsitet og større risiko for feil.

«Ja, da gruer man seg og man blir på en måte.. ja, redd for å si noe feil da, på en måte. Og det tror jeg gjør at det du kanskje drøyer litt for lenge med å si i fra om ting kanskje. Eller at ja.. det kan.. eller ja.. glippe på noen ting da» (Inf. 3, 39).



Likevel erfarer de fleste at mer erfarne i teamet stort sett har overbærenhet med nyutdannede og gir de rom for å lære. De erfarer at anestesipersonell med erfaring fra akutt kritiske situasjoner opparbeider seg en underliggende tillit og at de er en støtte for teamet i krevende situasjoner. Som nyutdannet erfarer de at de får empati fra teammedlemmer når de kjenner på en usikkerhet. Dersom de tar avgjørelser eller gjør noe som ikke er helt korrekt, erfarer de å få veiledning på en god måte uten å føle på mislykkethet ovenfor de andre i teamet. Flere erfarer at veiledning og støtte gis uavhengig av yrkestittel og anestesileger gir plass til mer erfarne anestesisykepleiere for å optimalisere teamarbeidet.

«Men jeg har alltid møtt en forståelsesfull sjukepleier eller lege som sier «jeg forstår vurderingen din, men jeg hadde kanskje gjort det på den måten», uten at dem er sure og sinte og sier at det «nei, dette her var jo helt feil»» (Inf. 1, 53).

Det er en felles erfaring at teamarbeid i akutt kritiske situasjoner blir mindre krevende etter hvert som den enkelte opparbeider seg erfaring og en trygghet i faget.

## 3.4 Gjensidig støtte innad i teamet

### 3.4.1 Konflikter håndteres

Anestesipersonellet i studien forteller at konflikter kan oppstå. Enkelte av informantene har erfaring fra at det kan oppstå uenigheter eller uhøflig oppførsel og at mye av kapasiteten da går med på irritasjon over teammedlemmer og usagte ting.

«Vi er et lite sjukehus og vi kjenner hverandre godt, så er det jo noen som du kanskje ikke har det helt samme... du jobber like godt med, og hvis det da er et.. hvis det da, hvis det kommer på et par ting som man kunne vært uenig i eller ett eller annet sånn, så er det fort at det det blir hengende ved» (Inf. 2, 16).

Andre erfarer på den annen side at det er en forståelse for reaksjoner i en presset situasjon og at det ikke er rom for å ta det personlig. Likevel erfarer flere av informantene at uhøflighet innad i teamet reduserer egen prestasjon. De erfarer at for nyutdannede og mer forsiktige personligheter fører denne oppførselen til nervøsitet, lettere for å gjøre feil og frykt for å si i fra. For mer erfarne teammedlemmer skaper slik oppførsel irritasjon, og fokuset på pasienten og teamets felles mål undergraves.

«Også er det jo, hvis du er utrygg på de i teamet ikke sant, hvis det er noen som ikke oppfører seg og er hyggelige på en måte, som slenger litt dritt og sånt... Det gjør jo at du blir utrygg og får hundre tommeltotter og, ja.. er redd for å ta opp ting og redd for å gi tilbakemelding på det du gjør, for eksempel» (Inf. 3, 17).

De erfarer at en høflig og respektfull måte å snakke til hverandre på, bidrar til å unngå denne typen konflikt innad i teamet. Konflikter i teamet blir håndtert på ulike måter og noen av informantene erfarer at uroligheter mellom teammedlemmer blir hengende ved etter teamarbeidet er over. Enkelte forteller at de kjenner på et behov for å luften ut frustrasjon, tanker og meninger med kollegaer. De erfarer at denne utluftingen ofte foregår med andre enn de involverte, og det søkes etter støtte fra kollegaer som mener det samme uten at det tas opp direkte med den det gjelder. Erfaringen er i slike tilfeller at utlufting mellom kollegaer skjer på samme nivå – anestesisykepleiere snakker med hverandre og anestesileger med hverandre om konflikter på tvers av yrkesgruppene. De

erfarer at de søker kollegaer som kan bekrefte egne tanker og med bakgrunn i konflikter blir det sagt ting om andre teammedlemmer som ikke bare er positivt.

«Og så blir det kanskje ofte.. iblant da, utlufing med kollegaer som du faktisk.. kanskje som ikke er i situasjonen, men som du kan luften ut med etterpå, som egentlig vet.. som har stått i samme situasjon med.. med samme mismatch-personer, som du på en måte ikke har samme kjemi med, og som ikke har fungert så godt, og så får du litt støtte av at «jo, men.. men du gjorde alt riktig, fordi det var den andre som da var dum» ” (Inf. 2, 61 og 62).

De forteller at dette ikke nødvendigvis er den optimale måten å håndtere konflikter på, men erfarer likevel at det hjelper å luften ut frustrasjon med andre. De opplever at en uenighet lettere kan legges bak dersom de har mulighet til å dele frustrasjon med kollegaer de føler seg trygge på.

Selv om enkelte forteller hvordan konflikter tas med videre, erfarer derimot andre at det i mange tilfeller blir tatt hånd om i etterkant med personen det gjelder. De forteller at dersom teammedlemmer merker at tonen ble for hard eller uhøflig i et opphetet øyeblikk, snakker de med hverandre i etterkant og beklager seg. De erfarer at det er rom for å gi tilbakemeldinger på hverandres oppførsel og at dette stort sett bare blir satt pris på. Anestesipersonellet erfarer at dersom de opplever vanskeligheter rundt samarbeidet med andre teammedlemmer, sørger de for at det blir løst opp i før det danner seg en ukultur på arbeidsplassen.

### 3.4.2 Psykologisk trygghet i teamet

Flere av informantene erfarer at det er viktig med en trygghet innad i teamet for at teamet skal fungere best mulig. De forteller hvordan det som nyutdannet er vanlig å kjenne på en usikkerhet i de akutt kritiske situasjonene nettopp fordi de er krevende å stå i. De erfarer at nyutdannede har et større behov for trygghet. Denne erfaringen fra å være ny, går igjen både hos anestesileger og anestesisykepleiere. De erfarer at dette er en utrygghet som forsvinner med tid og erfaring i faget gir den enkelte en trygghet i seg selv. De erfarer at skarpere kommentarer eller oppførsel i en akutt kritisk situasjon håndteres bedre med større erfaring.

«Hvis jeg på en måte tenker tilbake til når jeg var nyutdanna, så var det jo mange flere som gjorde meg utrygg. Enn nå på en måte fordi at jeg vet selv hva jeg kan» (Inf. 4, 37).

De aller fleste forteller at de erfarer en gjensidig støtte innad i teamet, også på tvers av yrkesgruppene. Likevel har enkelte av informantene erfaring fra at yrkestittel henger sammen med grad av autoritet og tillit, og at dette kan påvirke hvordan andre forholder seg til den enkelte og hvorvidt de tør å si i fra.

«Jeg synes at det det er litt kjedelig at det anestesisykepleierne ikke blir like godt hørt som oss, på grunn av at de har.. de jeg jobber med har jo veldig mye mer erfaring enn meg ... Så du tenker litt sånn gammeldags, men kanskje profesjonen din har litt å si for hvor tydelig du er. Eller hvor tydelig du blir» (Inf. 7, 24 og 25).

Anestesipersonellet erfarer at det er rom for å gjøre feil i den forstand at teammedlemmer støtter og bygger opp hverandre selv når ting ikke går helt etter planen. De opplever at veiledning og korreksjon av teammedlemmer skjer på en slik måte at den enkelte føler seg ivaretatt og respektert gjennom høflig og respektfull kommunikasjon. De erfarer at tilbakemeldinger blir gitt med formål å forbedre teamet

som en helhet, og at det ikke oppleves som personlige hensikter bak irettesettelser eller korreksjon. Flere erfarer at det ved uenigheter er rom for å ha ulike meninger, men at endelig avgjørelse alltid blir respektert av teamet. Enkelte av informantene forteller at det er fokus på å behandle alle teammedlemmer på en ordentlig måte spesielt i psykisk krevende situasjoner. De fleste informantene erfarer at teamledere er bevisst på å lytte til alle i teamet og sørge for at de føler seg sett og at de er til nytte. Anestesisykepleiere erfarer at anestesilegene hører deres meninger og at de sees på som en verdifull del av teamet. Det er takhøyde både for ros og konstruktive tilbakemeldinger uten at det nødvendigvis forstyrrer dynamikken. Erfaringen er at dette fungerer bra fordi alle har pasientens beste som et felles mål.

«Erfaringen er at det er gode erfaringer og at det er psykologisk trygt å være der. At du føler at du jobber i et team som gir god behandling, men tar vare på hverandre og da» (Inf. 8, 64).

De erfarer at en slik støtte og trygghet innad i teamet bidrar til at teammedlemmene føler de kan si ifra om usikkerheter og uenigheter. De opplever at det kreves mye, spesielt som nyutdannet, å si i fra dersom de mener noe ikke er riktig eller har forslag til bedre måter å gjennomføre ting på. Enkelte har erfaring fra at frykten for å si noe feil eller fremstå som mindre kompetent holder de fra å si noe, dersom det ikke oppleves trygt innad i teamet.

Enkelte av informantene nevner at de har behov for bekreftelse underveis, særlig av mer erfarne eller høyere utdannede fordi det gir en trygghet i arbeidet. Flere forteller også at flat struktur og lite hierarki bidrar til trygghet og fellesskap. De opplever at begge profesjoner sees på som verdifulle i teamet og at de utfyller hverandre på hver sin måte. De erfarer at det ikke er noen profesjonskamp, men gjensidig verdsettelse på begge sider.

«... Selv om man har en klar og tydelig leder da, så henvender den lederen seg dersom noen har noe forslag ikke sant. Altså.. At man blir som et team og ikke mere lege – sykepleier. Man fungerer som et team da” (Inf. 4, 10).

De aller fleste erfarer at enkelte akutt kritiske situasjoner kan være mer krevende og gjøre stort inntrykk på de ansatte. Enkelte av informantene forteller at de sjelden har behov for debrief i etterkant av akutt kritiske hendelser. Andre erfarer at de ønsker mer fokus på debrief og at det er et behov. De erfarer at jo mer nært teammedlemmene kan relatere seg til den aktuelle pasienten, desto mer blir de påvirket av situasjonen. Anestesipersonell erfarer at behovet for debrief etter akutt kritiske hendelser er ulikt, men ofte er det et ønske om å snakke om situasjonen i etterkant. Vaktene er travle, og de erfarer at en planlagt debrief i etterkant av akutt kritiske hendelser ikke blir prioritert i en hektisk hverdag. Det er en felles erfaring både for anestesisykepleiere og anestesileger at debrief etter større hendelser kan bli bedre og få mer fokus.

«Og da har man jo behov for å snakke i etterkant. Og da er det jo viktig å ha et team der du stoler på hverandre, og at man på en måte, at man har rett og slett litt behov for å snakke med de du har vært.. ja.. ..og det kan jo være veldig, hva skal jeg si.. man setter seg jo mange tanker når man er i den alderen selv» (Inf. 4, 47 og 48).

De erfarer at anestesisipersonell bruker hverandre til å dele opplevelser og å lufte tanker etter både små og store hendelser. Vaktrommet brukes som et fristed hvor anestesiteamet føler det er akseptert å snakke sammen. De opplever at det oppstår en

trygghet og en gjensidig tillit mellom kollegaer som bidrar til åpenhet for samtaler. De erfarer at denne type uformell debrief og samtale mellom hverandre i hverdagen fører til et tettere forhold mellom kollegaer.

### 3.4.3 Godt teamarbeid i akutt kritiske situasjoner er motiverende

Anestesipersonell erfarer at teamarbeid i akutt kritiske situasjoner er spennende. Mange trives i situasjoner som krever mer og kjenner på en mestring når teamarbeidet flyter godt og ting går av seg selv. Flere erfarer at når teamet fungerer bra og de har gjort sitt beste, sitter de igjen med en bedre følelse til tross for at pasientutfallet ikke alltid ender bra. De erfarer at det er en fin opplevelse å være en del av teamet i akutt kritiske situasjoner, at det er givende og at de sitter med en følelse av å være en del av noe større.

«Jeg synes det var kjempemorsomt, jeg. Så jeg følte jo etterpå at jeg hadde vært med på noe.. vært med på noe stort...» (Inf. 2, 97 og 98).

Enkelte erfarer også at teamarbeid bidrar til fellesskap, samhold og en følelse av å stå sammen om en viktig oppgave. De forteller at det fører kollegaer nærmere hverandre og de blir bedre kjent ved at de sammen har bidratt i en krevende situasjon. Mange erfarer at etter større hendelser støtter teamet opp om hverandre ved å spørre hvordan det går og ved å dele tanker. Erfaringen er at anestesiteamet tar vare på hverandre. Den gode relasjonen som etableres etter slike hendelser, blir med videre og bidrar til et godt arbeidsmiljø.

«Jeg synes vel at det det er få ting som er så morsomt, som når vi løser en vanskelig oppgave på en fin måte» (Inf. 6, 47).

Anestesipersonellet i studien erfarer at velfungerende teamarbeid i akutt kritiske situasjoner oppleves som motiverende og gir en egen mestringsfølelse som teammedlemmene lever lenge på og som skaper entusiasme og fellesskap mellom kollegaer.

## 4 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke anestesipersonellets erfaringer med teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. Studien forholdt seg til teamarbeid innad i anestesiteamet og hovedfokus var teamferdighetene som utgjør kjernen av teamtreningsprogrammet TeamSTEPPS; ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte – ferdigheter forskning viser er avgjørende for vellykket teamarbeid (Salas et al., 2005; St.Pierre et al., 2011).

Resultatet fra studien viste at anestesipersonell erfarte teamarbeid i akutt kritiske situasjoner generelt sett som velfungerende. De erfarte at det var viktig med en klar og tydelig leder og ofte falt det seg naturlig at den mest erfarne anestesilegen tok denne rollen. Erfaringen var at kommunikasjonen i all hovedsak bestod av Closed Loop med presise, klare beskjeder. Denne måten å kommunisere på fungerte godt til tross for at det enkelte ganger ble glemt. Flere anestesipersonell erfarte at anestesiteamet har en gjensidig måte å kommunisere på hvor mye foregår implisitt og underforstått. De fortalte likevel om erfaringer fra hvor viktig eksplisitt kommunikasjon er for å unngå misforståelser.

Resultatet viste at det er en underliggende aksept for positiv overvåking av hverandre med forståelse for at overvåkning og hjelp er ment til teamets beste. Likevel hadde enkelte erfaring fra at tilbud om hjelp oppfattes som mistillit. Det ble derfor ansett som viktig å overvåke og tilby hjelp på en god og respektfull måte for å bevare en fin dynamikk i teamet gjennom hele den akutte fasen. Flere forteller fra erfaring som nyutdannet og hvordan det krever mer å stå i en akutt kritisk situasjon på grunn av situasjonens krevende art. Det er en samlet erfaring at teamarbeid i akutt kritiske situasjoner blir lettere med erfaring.

De erfarer at konflikter håndteres, men ikke alltid direkte med den det gjelder. Ofte blir det snakket med kollegaer på samme nivå i etterkant for å luften ut frustrasjon. Enkelte kan se på dette som baksnakking. Likevel er det forståelse for å dele frustrasjon med kollegaer, og at dette gjør det lettere å legge uenigheter bak seg og fungere godt i teamarbeid senere. Anestesiteamet erfarer at det generelt sett er støtte, tillit og trygghet innad i teamet og at flat struktur og lite hierarki bidrar til mer fellesskap og samhold. De erfarer teamarbeid i akutt kritiske situasjoner som spennende, givende og motiverende.

Nedenfor diskuteres resultatene nærmere i lys av tidligere forskning og teori. Videre diskuteres metoden brukt underveis og hvordan denne har påvirket data og resultatet som kommer frem av studien.

### 4.1 Ledelse i akutt kritiske situasjoner

Anestesipersonellets generelle erfaring var at teamlederrollen ofte fungerer godt i akutt kritiske situasjoner. De siste ti-årene har vellykket ledelse blitt sett på som mer enn bare resultatet av pasientutfallet. Den nåværende tankegangen er at effektiv teamledelse fremmer bedre resultater for pasientene, men også et arbeidsmiljø som bidrar til at de ansatte presterer bedre (St.Pierre et al., 2011).

#### 4.1.1 Naturlig rollefordeling

Anestesipersonell erfarte at akutt kritiske situasjoner kan oppstå uventet og er uforutsigbare. Når alarmen går, møtes teamet fra forskjellige deler av sykehuset og anestesiteamet oppleves som en sverm som strømmer til hvor det ofte blir lite tid til

rollefordeling i forkant. Teamlederrollen erfares å være en oppgave som i de aller fleste tilfeller automatisk tildeles den mest erfarne anestesilegen. Denne rollefordelingen er naturlig for hele teamet. I boken *Crisis Management in Acute Care Settings* skriver forfatterne at den mest naturlige rollefordelingen ved kritiske hendelser inohospitalt, er at lege tar ledelsen (St.Pierre et al., 2011). Anestesisykepleiere har erfaring fra situasjoner hvor de er den mest erfarne anestesikyndige, men likevel ikke tar over lederrollen. I en artikkel skrevet av Murray & Foster (2000) som omhandler teamarbeid i akutt kritiske situasjoner med ukjente teammedlemmer, mener de at den som er best egnet til å håndtere den akutt kritiske situasjonen, bør tiltre rollen som leder, uavhengig av hierarki, sosial status eller kjønn.

Til tross for hva Murray & Forster skriver i sin artikkel, erfarer anestesipersonell i tilfeller hvor anestesisykepleier har mest erfaring, at vedkommende heller støtter den mindre erfarne lederen gjennom råd og veiledning fremfor å påta seg ledelsesrollen. I henhold til norsk standard for anestesi, tilhører det medisinske ansvaret anestesilegen (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016), noe anestesipersonellet legger til grunn for at lege tar lederrollen i de akutt kritiske situasjonene. Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere henviser til anestesisykepleiers oppgave i å etablere gode samarbeidsrelasjoner og understøtte teamarbeidet mellom de to yrkesgruppene (Norsk sykepleierforbund, 2022). Når anestesisykepleiere støtter opp under lederen fremfor å ta ledelsesrollen selv, kan det tenkes at dette bidrar til mindre konflikt, i tillegg til bedre samarbeidsrelasjon og teamarbeid mellom de to yrkene.

#### 4.1.2 En klar og tydelig leder

Anestesisipersonellet erfarer at teamleder i de aller fleste akutt kritiske situasjoner er klar og tydelig, noe teamet setter pris på. Vellykket ledelse handler ikke lenger utelukkende om pasientresultater, men også lederens samhandling med teammedlemmene. Oppfatningen er at effektiv ledelse fremmer bedre pasientresultater (St.Pierre et al., 2011).

Enkelte av informantene hadde erfaring fra akutt kritiske situasjoner hvor lederrollen ikke tydelig ble fordelt. I boken *Crisis Management in Acute Care Settings* (2011), beskriver forfatteren hvordan uforutsette, akutt kritiske situasjoner, kan komme med forvirring rundt hvem som skal ta ledelsesrollen. Dersom teamledelse ikke tydelig etableres i kritiske situasjoner, vil det oppstå diffusjon av ansvar. Ansvaret blir spredt på en slik måte at ingen føler sterkt nok for avgjørelse rundt nødvendige handlinger. Beslutninger blir da forsinket eller ikke tatt i det hele tatt (St.Pierre et al., 2011). Enkelte av informantene hadde erfaring fra tilfeller hvor mest erfaren anestesilege ikke tok ledelsesrollen, noe som skapte usikkerhet i teamet og en selvopplevd konflikt på hvorvidt de må steppe in og ta ledelsen ovenfor den mer erfarne. I akutt kritiske situasjoner hvor teammedlemmene gjerne kommer uforberedt fra hver sin kant, bør det oppmuntres og oppfordres til at mest erfaren anestesilege tar ledelsen, slik at rollefordeling blir tydelig helt fra start (Murray & Foster, 2000). Dette er spesielt viktig i situasjoner hvor en uøvd gruppe blir kalt sammen i en nødssituasjon (St.Pierre et al., 2011).

Både anestesisykepleiere og anestesileger hadde erfaring fra at teamledere kan ta det som en selvfølge at teamet forstår hva de tenker, og underkommunisere ut til teamet. For å opprettholde en felles situasjonsforståelse, er det viktig at teamleder praktiserer gode kommunikasjonsferdigheter gjennom å holde teammedlemmene informert og oppdatert på situasjonen (St.Pierre et al., 2011). Vellykket teamarbeid og god ledelse går hånd i hånd. God ledelse bidrar til raskere behandling av akutt kritiske pasienter

(Ford et al., 2016), men kravet til god ledelse øker i en akutt kritisk situasjon (St.Pierre et al., 2011). Anestesipersonellet erfarte at utydelig ledelse kan oppstå, noe som fører til misforståelser spesielt rundt hvem som skal gjøre hva. God ledelse i akutte kritiske situasjoner krever eksplisitt kommunikasjon ut til teamet, avklaring på hva som blir gjort og hva som skal gjøres (Murray & Foster, 2000). På denne måten sørger teamleder for at teamet til stadighet har samme situasjonsforståelse, noe anestesipersonell erfarte som viktig for å optimalisere flyten i teamet. Dersom teamleder slutter å kommunisere, risikerer teamet å miste felles situasjonsforståelse og fremgangen blir ineffektiv (St.Pierre et al., 2011).

På den annen side har teammedlemmene også et ansvar for regelmessig tilbakemelding til teamleder. Slik kommunikasjon mellom leder og teammedlemmer gjør det mulig for lederen å ta et skritt tilbake, se situasjonen som en helhet og ha den overordnede oversikten. Lederen bør oppmuntre til dialog ved å kommunisere til teamet hvilke funn som er gjort og hvilke tolkninger disse funnene har ledet til (Murray & Foster, 2000). Dersom teamleder viser en rolig og beslutsom holdning i akutte kritiske situasjoner, skapes et arbeidsklima preget av tillitt, pålitelighet og velvilje til å ta et medansvar i situasjonen. Denne måten å håndtere krevende situasjoner på, fremmer et inntrykk av en trygg og dyktig kliniker som teamet liker å jobbe sammen med (St.Pierre et al., 2011).

Anestesipersonell har erfaring fra situasjoner hvor teamleder ikke egner seg som leder i akutte kritiske situasjoner, og at dette kan skape mistillit mellom leder og teammedlemmer. Averlid & Axelsson (2012) skriver fra sin studie at dersom lederen viser seg som usikker med lite erfaring og kunnskap, mister han tillit. Norsk Standard for Anestesi presiserer at medisinskfaglig ansvarlig lege har et ansvar for at vakthavende anestesilege har tilstrekkelig med kompetanse til å ivareta pasientsikkerheten (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). Med dette forstår vi at vakthavende anestesilege skal være kompetent nok til å håndtere en akutt kritisk situasjon. Grunnlagsdokumentet presiserer at anestesisykepleiere også skal ivareta en lederfunksjon i teamarbeid, med utgangspunkt i sin kompetanse, samtidig som de respekterer roller og kompetanse til andre teammedlemmer (Norsk sykepleierforbund, 2022). Det er likevel avgjørende at teamet har én tydelig leder. Dersom helsepersonell har ansvar for en kritisk situasjon uten at det er utnevnt en teamleder, vil risikofylte beslutninger øke på bakgrunn av at ingen tar personlig ansvar for utfallet (St.Pierre et al., 2011). I situasjoner hvor teamet merker at de har en sviktende leder, bør derfor teammedlemmene støtte opp om lederen, bidra til å optimalisere teamet best mulig, samtidig som de tar kontroll der lederen har åpenbare mangler.

## 4.2 Kommunikasjon er essensielt

Anestesipersonellet i studien erfarte kommunikasjonen som presis og tydelig, og at den stort sett er god. Kommunikasjon er spesielt viktig når omgivelsene blir mer komplekse, som i akutte kritiske situasjoner. Ikke bare distribueres nødvendig informasjon til andre teammedlemmer, men det legger også til rette for kontinuerlig oppdatering av teamets felles mentale modell og dermed situasjonsforståelsen (Salas et al., 2005).

### 4.2.1 Closed Loop er det sentrale kommunikasjonsverktøyet

Anestesteamet erfarer at det sentrale kommunikasjonsverktøyet er Closed Loop og at det i de aller fleste tilfeller kommuniseres godt på denne måten. Det gir en ekstra

forsikring om at meldinger tydelig blir mottatt og forstått. Denne "readback-hearback" metoden anbefales også fra forskningens side. Som en av de fem sentrale egenskapene i The Big Five, er kommunikasjon en helt avgjørende del av det vellykkede teamarbeidet. Closed Loop-kommunikasjon som en lukket kommunikasjonsløype ansees som en effektiv metode for å minimere mulige misforståelser ved informasjonsutveksling og for å sikre at beskjeder blir hørt og nøyaktig forstått. Kommunikasjonsmetoden blir viktigere i akutt kritiske situasjoner, nettopp fordi komplekse situasjoner med usikkerhet og tidspress øker risikoen for feil (Salas et al., 2005). St.Pierre et al. (2011) mener Closed Loop effektivt bidrar til å oppnå felles situasjonsforståelse i teamet. Enkelte av informantene erfarte å bruke Closed Loop også i mer rolige situasjoner, for at Closed Loop skal falle seg mer naturlig i kritiske situasjoner hvor kapasiteten til hver enkelt blir redusert, og mye av automatikken faller tilbake på innøvde ferdigheter. Team som trener på kommunikasjon har en tendens til å prestere bedre enn team som ikke trener (Salas et al., 2005). Det kan derfor tenkes at øvelse på tydelig kommunikasjon og Closed Loop i de mer planlagte og rolige settingene, er en god vane som gjør teamet mer forberedt på krevende situasjoner.

Til tross for at kommunikasjonen i de fleste tilfeller fungerer godt, forteller enkelte informanter om hendelser hvor kommunikasjonen ikke er like effektiv. De har erfaring fra at den akutt kritiske situasjonen kan bli preget av mye unødvendig snakk, som resulterer i irritasjon og forstyrrelse for teamet som en helhet. Murray & Foster (2000) tar frem i sin artikkel hvordan støy og unødvendige kommentarer i en krisesituasjon bør unngås fordi det hindrer effektiv kommunikasjon innad i teamet. De presiserer at teamleder bør være hovedkilden informasjonen kommer til og fra, og at de også har et ansvar for å gjenoppta kontroll over kommunikasjonen så snart teammedlemmer begynner egne diskusjoner i mindre grupper (Murray & Foster, 2000). Likevel kan kommunikasjonsbalansen være krevende, og utfordringen i teamarbeid er balansen mellom nok informasjon til rett person, til riktig tid, med rett kommunikasjonsmåte (Salas et al., 2005).

Enkelte av informantene hadde erfaring fra situasjoner med ineffektiv kommunikasjon. De erfarte at det da lettere oppstod misforståelser og usikkerhet ovenfor hvem som skal gjøre hva, og at teamet blir mindre samkjørt. Effektiv kommunikasjon innad i anestesiteamet er viktig for effektivt samarbeid (Boyd & Poghosyan, 2017). Å optimalisere kommunikasjonen med struktur og gjennomgående Closed Loop blir derfor en nøkkelfaktor. I denne sammenheng har Grunnlagsdokumentet klare mål for hva anestesisykepleier skal bidra med. De har et ansvar for å kommunisere tydelig og målrettet for å fremme samarbeid og pasientsikkerhet og skal benytte seg av verktøy for avansert og strukturert kommunikasjon, spesielt i sårbare pasientsituasjoner som ved akutte hendelser (Norsk sykepleierforbund, 2022). I enkelte tilfeller trenger kommunikasjonen i de akutt kritiske situasjonene mer struktur og gjennomgående Closed Loop, spesielt med mange folk til stede, men i de aller fleste tilfeller erfarer anestesisykepleiere at kommunikasjonen fungerer godt.

#### 4.2.2 Anestesipersonell har en gjensidig underforstått kommunikasjon

Anestesipersonellet hadde erfaring fra at mye av kommunikasjonen i akutt kritiske situasjoner ofte var selvforstått. Foruten verbal kommunikasjon, sender vi også signaler gjennom tonen og tempoet ordene har, gjennom bevegelse, kroppsholdning, ansiktsuttrykk og øyekontakt, som sammen blir tolket og referert til som implisitt kommunikasjon (St.Pierre et al., 2011). Anestesipersonell erfarer at de har en felles gjensidig forståelse som ikke andre profesjoner innen helse har. Kommunikasjonen er



ofte implisitt, og mange ting går av seg selv. De forteller hvordan oppgavefordelingen flyter ved at anestesilege automatisk går til hodeenden og holder oversikt, anestesisykepleier bistår med etablering av venekanyler, trekker opp medisiner, og utfører praktiske oppgaver ut ifra hva de ser situasjonen vil kreve. Forskningen fra The Big Five viser at når teamet opplever stress, reduseres mengden kommunikasjon, noe som tvinger teamet til å stole mer på implisitt samarbeid (Salas et al., 2005).

Dette implisitte samarbeidet erfares av enkelte som noe som fungerer godt, men det kan også tenkes at denne måten å jobbe på kan føre til misforståelser. En norsk kvalitativ studie undersøkte helsefremmende samarbeid innenfor anestesisykepleie. Resultatet viste blant annet at kommunikasjon ble oppfattet som en avgjørende faktor for teamarbeid, og bidro både til tydelig oppgavefordeling og til å *unngå* misforståelser som kunne true pasientsikkerheten (Averlid & Axelsson, 2012). Tydelig kommunikasjon må altså være på plass for å unngå misforståelser. Den implisitte kommunikasjonen kan likevel være en positiv ting og viser til at teamet kjenner sine oppgaver og hverandres roller. Flere av informantene erfarte det som en følelse av fellesskap at anestesiteamet har en gjensidig underforstått kommunikasjon som ikke alle innen helse forstår.

På den annen side kan en forventning om selvforstått, implisitt kommunikasjon føre til misforståelser. Noen av informantene erfarte hvordan det er farlig å kun jobbe i det stille, nettopp fordi det gir grunnlag for misforståelser. Det kan oppstå en forventning om at andre teammedlemmer utfører oppgaver, når i virkeligheten ingen tar ansvar. I miljøer med høy risiko, hvor komplekse oppgaver og tidspress krever effektivt samarbeid, kan små misforståelser og kommunikasjonsproblemer få alvorlige konsekvenser. Uten eksplisitt kommunikasjon, er det vanskelig å utvikle en felles situasjonsforståelse, og å jobbe samstemt. I tilfeller der implisitt kommunikasjon er nødvendig, må sender av en beskjed legge vekt på at kroppsspråket er tydelig og samsvarer med intensjonen i meldingen. Det non-verbale fungerer som en veiledning til det som bli sagt med ord, og underbygger intensjonen. Dersom teammedlemmer føler at non-verbale og verbale signaler ikke stemmer overens, vil de underbevisst legge mer vekt på det non-verbale, og tolke beskjeden deretter (St.Pierre et al., 2011). Vi forstår derfor at i situasjoner hvor implisitt kommunikasjon er nødvendig, bør det legges vekt på at kroppsspråk samsvarer med non-verbal handling. Til tross for at implisitt kommunikasjon i noen tilfeller er nødvendig, kan det tenkes at teamet likevel bør være nøye på tydelig kommunikasjon i situasjoner der det er risiko for misforståelser.

Flere av informantene nevnte erfaring med språklige barrierer og kulturforskjeller som en årsak til misforståelser i de akutt kritiske situasjonene. Personlighetstrekk påvirkes av den enkeltes kultur og skikk, og kan skape ubalanse i kommunikasjon og interaksjon med andre teammedlemmer (Murray & Foster, 2000). Dette bekreftes av Salas et al. (2005), som en årsak til misforståelser. De mener løsningen ligger i mer strukturert bruk av Closed Loop, slik at sendte beskjeder blir bekreftet hørt og forstått (Salas et al., 2005).

Vi forstår av dette at implisitt, underforstått kommunikasjon i akutt kritiske situasjoner kan være positivt, men det er nødvendig å kommunisere eksplisitt for å unngå misforståelser. I tilfeller hvor implisitt kommunikasjon er nødvendig, bør hvert enkelt teammedlem legge vekt på å være så tydelig som mulig i både språk og non-verbal kommunikasjon for å redusere risikoen for misforståelser.

## 4.3 Situasjonsovervåking i den akutt kritiske situasjonen

### 4.3.1 Akutt kritiske situasjoner skiller seg ut

Resultatet fra denne studien viste at flere anestesipersonell erfarte hvordan den akutte kritiske situasjonen skiller seg ut fra andre hverdagssituasjoner, og at den kommer med økt grad av press. Denne måten å jobbe på trenger likevel ikke være negativ. I studien til Averlid & Axelsson (2012), beskriver anestesipersonell at disse situasjonene bidrar til en positiv utfordring i hverdagen, og mange valgte yrket nettopp på grunn av den varierte arbeidshverdagen mellom rolige pasientsituasjoner og akutt kritiske situasjoner. Som anestesipersonellet i min studie erfarte, vet vi også fra litteraturen at den akutt kritiske situasjonen skiller seg ut og ofte kan være preget av stress, kaos og mye støy (St.Pierre et al., 2011). Stress trenger derimot ikke alltid å være negativt, og i enkelte tilfeller kan passe mengde stress bidra til at teammedlemmer blir mer skjerpet og jobber mer fokusert (Eid & Johnsen, 2018). I 1908 ble det utført en studie av Robert M. Yerkes og John D. Dodson på korrelasjonen mellom stresstimuli og læringsevne. Resultatet ble kjent som den omvendte U-kurven, hvor både for høy og for lav aktivering medfører dårligere prestasjon (Yerkes & Dodson, 1908). Studiens resultat fikk betegnelsen Yerkes-Dodson Law, som går ut på at noe stress kan skjerpe teamet og resultere i bedre ytelse (Eid & Johnsen, 2018).

Likevel erfarte enkelte av informantene at ikke alle teammedlemmer presterer like godt i akutt kritiske situasjoner. Som nevnt i kapittel 1.3, henger dette sammen med hvor godt utrustet hver enkelt er til å takle påkjenninger (Eid & Johnsen, 2018). Enkelte informanter forklarte dette som årsaken til at de har prefererte teammedlemmer de ønsker å jobbe med i de mest krevende situasjonene. Til tross for prefererte teammedlemmer, vil det sannsynligvis sjelden være mulighet for å velge teamet selv. Det kan derfor være viktig å støtte opp om teammedlemmene på best mulig måte, til tross for at teamet ikke er optimalt sammensatt.

I enkelte tilfeller består teamet også av medlemmer som ikke er kjent for hverandre. Til tross for at personalet på mindre sykehus kjenner hverandre bedre, erfarer de likevel at ukjente teammedlemmer kan dukke opp rett som det er, ofte på grunn av vikarer som tidvis jobber i avdelingen. Murray & Foster (2000) mener en viktig løsning for et velfungerende team med ukjente teammedlemmer er kommunikasjon som det essensielle etterfulgt av godt lederskap. Flere av informantene i denne masterstudien hadde erfaring fra teamarbeid med ukjente teammedlemmer. Deres erfaring bekrefter Murray & Fosters påstand: En tydelig, strukturert leder ble en trygghet for det ukjente teamet, samtidig som god kommunikasjon og tydelig rolle- og oppgavefordeling bidro til vellykket teamarbeid.

Vi forstår at det akutt kritiske krever mer av teammedlemmene og anestesipersonell erfarer at disse situasjonen kan føre til endret oppførsel. Noen blir stille og trekker seg unna, noen mister struktur og fokus, mens andre blir skarpere. Enkelte opplevde den skarpe fremtoningen som hissig og forklarte at dette kunne resultere i mer nervøs oppførsel og større risiko for å gjøre feil blant teammedlemmene. I studien av Elmblad et al. (2014), viser resultatene en tydelig korrelasjon mellom stress og direkte verbal aggresjon. En annen kvalitativ studie av Boyd & Poghosyan (2017), viser at aggresjon fra andre kollegaer kan føre til misnøye på jobb, høyere turnover og en negativ effekt på pasientsikkerheten (Boyd & Poghosyan, 2017).

På den annen side er aggressive uttalelser direkte og utvetydige, uten tvil om hva som er senders intensjon. Dette er kvaliteter ved kommunikasjon som normalt er ønskelig i akutt kritiske situasjoner. Den aggressive måten å kommunisere på innebærer dessverre ofte en anklagende, respektløs tone preget av fiendtlighet. Slik aggressiv holdning gjør det vanskeligere for teammedlemmene å akseptere kritikk eller innspill til tross for at det kan ligge verdifulle poenger til grunn. Som et resultat vurderes verken den kritiske informasjonen eller de verdifulle forslagene fordi den aggressive oppførselen utløser en defensiv reaksjon hos mottaker (St.Pierre et al., 2011). Vi ser av dette at måten teammedlemmene snakker til hverandre på, kan ha stor innvirkning på teamarbeidet.

Til tross for at enkelte personligheter kan oppleves som hissig eller aggressive i en akutt kritisk situasjon, erfarer anestesipersonell at det er et grunnleggende fokus på å snakke til hverandre med respekt og høflighet, uansett hvor krevende situasjonen er. En av informantene forklarer det slik: «Det jeg prøver å jobbe veldig med er å være høflig hele veien. Em.. og.. Jo mer alvorlig, jo mer høflig. Fordi da jo mer psykologisk vanskelig er det for alle å stå i det og...» (Inf. 8, 46). Vi ser altså at tydelig og skarp kommunikasjon kan være effektivt og positivt, men det må gjøres med respekt for å bevare teamdynamikken og det gode samarbeidet.

Anestesipersonell har erfaring fra at prosedyrer og medisinskteknisk utstyr kan ta så mye oppmerksomhet at farlige situasjoner kan oppstå. I akutt kritiske situasjoner kan kommunikasjonen avta når stresset øker og teammedlemmer bli fokusert på deres individuelle oppgaver (Salas et al., 2005). Det er viktig å være bevisst på faktorer som forstyrrer, og å avtale tydelig hvem som til enhver tid skal ha oversikt. Dette kan være en effektiv teknikk for å unngå at store avvik i situasjonen ikke oppdages av teamet.

#### 4.3.2 Positiv overvåking av hverandre

I krevende situasjoner preget av stress har teamet lettere for å gjøre feil og kan i en fokusert situasjon ikke være klar over at egne feil er i ferd med å oppstå. Med en overvåking av hverandre og tilbakemelding på oppgaver, kan slike feil lettere fanges opp og unngås (Salas et al., 2005). Anestesipersonell erfarte at teamet kjenner hverandres oppgaver godt og at de på denne måten får en flyt i arbeidet ved å bistå hverandre der det trengs. Godt teamarbeid krever at teammedlemmene koordinerer arbeidet ved å forutse hverandres behov gjennom en felles forståelse av situasjonen. Viktigheten av situasjonsovervåking øker for team som må prestere under stressende forhold (Salas et al., 2005).

Flere av informantene i studien erfarte at teamet ofte har en felles situasjonsforståelse og at dette ble oppnådd gjennom tydelig kommunikasjon og oppdateringer underveis. På den annen side hadde noen erfaring fra situasjoner hvor teammedlemmene ikke hadde samme forståelse av situasjonen og at det merkes på ulike holdning. Det er viktig å sørge for at hvert enkelt teammedlem har samme forståelse av situasjonen, og ikke legge opp til en «dette burde du vite»-holdning. Uten en felles situasjonsforståelse, kan teammedlemmene jobbe mot ulike mål, som igjen fører til ineffektiv tilbakemelding og hjelp ved at teammedlemmene ikke klarer å forutse hverandres handlinger og behov (Salas et al., 2005). God kommunikasjon i kritiske situasjoner tar sikte på å skape felles situasjonsforståelse for å få alle i teamet på samme side mentalt. Hvis teamet ønsker å ha en felles situasjonsforståelse trenger de tid til å kommunisere verbalt, ideelt før situasjonen oppstår. I tilfeller hvor planlegging i forkant ikke er mulig, kan en time-out underveis brukes til et slikt formål (St.Pierre et al., 2011). Flere av anestesipersonellet i studien erfarte at oppsummering og time-out underveis bidro til å samkjøre teamet. Med

en felles situasjonsforståelse kan teamet oppnå en positiv overvåkende atferd og minimere sjansen for feil innad i teamet (Salas et al., 2005). Til tross for at teamet ikke alltid har mulighet til å planlegge i forkant, ser vi at time-out og oppdateringer underveis er en viktig faktor for å bevare en felles situasjonsforståelse, som igjen sørger for effektiv situasjonsovervåking.

De aller fleste informantene erfarte at positiv overvåking og tilbud om hjelp var en akseptert handling innad i teamet. Studien fra Salas et al. (2005), forklarer at effektiv situasjonsovervåking kun oppnås dersom det er tillitt og trygghet innad i teamet. Uten tillitt og trygghet mellom teammedlemmene, kan velment hjelp oppfattes som mistillit eller tvil på den enkeltes kompetanse. I stedet for å samarbeide effektivt om nyttige løsninger på problemet, bruker teammedlemmene tid på å mistenke hverandre og beskytte seg selv (Salas et al., 2005). Murray & Foster (2000) beskriver at det kan oppstå situasjoner som krever mer enn hva teamet kan klare og presiserer at et rop om hjelp er et tegn på god vurderingsevne, og ikke et tegn på svakhet. Det er viktig å unngå en «vi fikser dette uten innblanding» tankegang. Personlig stolthet er mindre viktig enn pasientens sikkerhet (Murray & Foster, 2000).

Til tross for gode erfaringer, hadde enkelte informanter likevel erfaring fra å stå i akutt kritiske hendelser hvor de kjente på at et tilbud om hjelp ble oppfattet som mistillit fra teammedlemmer, og at dette videre påvirket dynamikken i teamet. St. Pierre et al. (2011) skriver om effekten av personlige konflikter innad i teamet i en kritisk situasjon. Med et motiv om å beskytte følelsen av egen kompetanse, kan dette fort bli styrende for atferden. *Hvem* som har rett, blir mer viktig enn *hva* som er rett (St. Pierre et al., 2011). Til tross for at teamleder sitter med hovedansvaret, har de også et ansvar for å jobbe for et godt samarbeid med annet helsepersonell, samt kjenne teamets egne begrensninger. I målbeskrivelse og gjennomføringsplan for anestesi, presiseres det at den ferdige anestesilege må kunne utføre praktiske prosedyrer nøyaktig, effektivt og sikkert, kjenne egne begrensninger og tilkalle hjelp i tide (Den Norske Legeforening, 2009). I Norsk standard for anestesi konstateres det at hjelp skal være tilgjengelig; anestesilege i spesialisering skal alltid kunne tilkalle en anestesilog (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). Anestesisykepleier har også et ansvar for å tre frem når det er tydelig at situasjonen er utenfor teamets kompetanse. I grunnlagsdokumentet står det at anestesisykepleier skal konsultere relevant personell dersom situasjonen går ut over eget funksjons-, ansvars- og kompetanseområde (Norsk sykepleierforbund, 2022). Dette kan også være gjeldende i akutt kritiske situasjoner som tydelig eskalerer over teamets nivå, til tross for at det er anestesilege til stede.

Dersom korreksjon eller tilbakemelding skal gis, erfarer anestesipersonell at det er viktig å si i fra på en respektfull måte, fordi de opplever at dette skaper mer velvilje, og mindre mistenksomhet rundt motivet bak tilbakemeldingen. Effektiv kommunikasjon bidrar til å deeskalere konflikter ettersom de oppstår (Boyd & Poghosyan, 2017).

Anestesisykepleiere har altså en plikt til å si i fra når situasjonen eskalerer utenfor kompetanseområdet, så vel som anestesilegers ansvar for å kjenne egne begrensninger og tilkalle hjelp i tide. Det avgjørende blir å opprettholde en respektfull kommunikasjon mellom teammedlemmene, for å unngå konflikter og bidra til god teamdynamikk. Ved at teamet opprettholder en gjensidig tillitt, er det forståelse og aksept for at teammedlemmene passer på hverandre til teamets beste (Salas et al., 2005).

### 4.3.3 Teamarbeid blir lettere med erfaring

En gjennomgående erfaring fra både nyere og mer erfarne anestesipersonell, var hvordan teamarbeid i akutt kritiske situasjoner ble lettere med erfaring. Erfaring ble fra studien til Averlid og Axelsson (2012), beskrevet som en følelse av trygghet og evnen til å håndtere de ulike situasjonene som kunne oppstå. De fant at anestesisykepleiere med over 10 års erfaring kjente på en følelse av autoritet og selvtillit (Averlid & Axelsson, 2012). Dette kommer også frem i resultatet fra denne masterstudien.

Til tross for forståelse for nyutdannedes utrygghet, fortalte enkelte av de mer erfarne informantene at de kunne kjenne på irritasjon over mindre flyt i teamet når nyutdannede var til stede. Andre informanter husker fra sin tid som nyutdannet, at dersom disse følelsene kommer til uttrykk fra mer erfarne, skaper det usikkerhet og mindre selvtillit for den nyutdannede, som igjen fører til dårligere ytelse. Deltagere fra studien til Averlid og Axelsson (2012) med under 5 års erfaring, beskrev det som krevende å kjenne på egne og andres forventninger og at den akutt kritiske situasjonen opplevdes som stressende. De hadde også behov for mer assistanse og støtte (Averlid & Axelsson, 2012). Til tross for at den enkelte kan kjenne på en frustrasjon over mindre flyt i arbeidet med nyutdannede teammedlemmer, kan det være viktig å ikke gi uttrykk for dette på en måte som viser misnøye. Ved å fortsette å veilede og assistere med en respektfull fremtoning, kan det tenkes at dette bidrar til å støtte opp under den mindre erfarne, og at de unngår å havne i en situasjon hvor nervøsitet fører til dårligere prestasjon og ytelse.

Til tross for at enkelte anestesipersonell hadde slike erfaringer, forteller de at det stort sett er god støtte fra teamet, og mer erfarne veileder og bistår de mindre erfarne. Anestesikompetanse krever regelmessig praktisering, faglig oppdatering og årlig ferdighetstrening på akutte hendelser, inkludert kommunikasjon og samhandling i team (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). Dette kan bidra til mer erfaring, som igjen bidrar til trygghet for teammedlemmene og bedre flyt i de akutt kritiske situasjonene. Når vi vet at de akutt kritiske situasjonene krever mer, kan det være viktig å gi nyutdannede trygghet og tid til å opparbeide seg erfaring. Likevel er dette en balansegang, og teamet bør bestå av nok erfarent personell slik at ikke pasientsikkerheten blir satt i fare.

## 4.4 Gjensidig støtte innad i teamet

### 4.4.1 Konflikter håndteres

Anestesipersonellet i studien hadde erfaring fra at konflikter og uenigheter kan oppstå. Fordi teamarbeid nettopp er et samarbeid mellom ulike personligheter, vil det alltid være mulighet for konflikter og uenigheter. Når ulike mennesker skal vurdere samme situasjon, vil ulike synspunkter komme frem, fordi alle har egne refleksjoner basert på kunnskap og informasjon om situasjonen (St.Pierre et al., 2011). Sett fra denne vinkelen kan diskusjoner og konflikter kan være nødvendig og konstruktivt. Ulike synspunkter og bidrag fra forskjellige teammedlemmer kan støtte teamarbeidet ved å gi et mer helhetlig bilde av situasjonen. På den annen side kan konflikter føre til steile fronter på hver sin side, som leder teamet inn i en destruktiv arbeidsform. Som tidligere nevnt kan det oppstå et dominerende ønske om å bevise *hvem* som har rett, i stedet for *hva* som er rett, som igjen fører til redusert prestasjon fra teamet (St.Pierre et al., 2011). Enkelte av informantene i studien fortalte om erfaring fra at uenigheter og konflikter forstyrrer

videre arbeid fordi det skaper irritasjon og en følelse av å ha ting usagt. Elmblad et al. (2014) viser fra resultatet i sin studie at dersom en uhøflighetskultur får mulighet til å utvikle seg mellom anestesipersonell, vil teamarbeidet gradvis svekkes. Resultatet viser at en slik ukultur undergraver teamkonseptet, reduserer effektiv kommunikasjon, og fører til dårligere helsehjelp (Elmblad et al., 2014).

Erfaringene rundt håndtering av uenigheter og konflikter innad i anestesiteamet, viste seg å være noe ulikt. Enkelte har erfaring fra at uenigheter ikke håndteres direkte med den det gjelder der og da, men heller tas opp på vaktrommet i etterkant med kollegaer på samme nivå, og som har samme synspunkt. Erfaringen var at dette ikke var den beste måten å ordne opp i uenigheter på og at det kunne oppfattes som baksnakking. De erfarte likevel at dette fungerte som en effektiv måte for utlufting og at dette gjorde det lettere å fortsette arbeidet i etterkant. På den ene siden kan dette være en fornuftig måte å håndtere det på, fordi det i en akutt kritisk situasjon er lite tid til diskusjon og avklaring. Som en generell regel skal ikke konflikter diskuteres i den akutte fasen, men tas opp i etterkant når stress og følelser har roet seg (Murray & Foster, 2000). Forskningen fra Elmblad et al. (2014), viste at å søke råd hos andre kollegaer den enkelte har tillit til, er en av håndteringsmekanismene ved selvopplevde konflikter eller uhøflig oppførsel fra andre.

På den annen side kan det tenkes at dette kan føre til en ukultur for baksnakking, noe anestesipersonellet selv mente denne indirekte håndteringen av en uenighet eller konflikt kunne betegnes som. I boken fra St.Pierre et al. (2011), skriver de at konflikter og uenigheter bør håndteres ved å høre etter og se andre perspektiver av samme sak. De mener det er viktig at partene fokuserer på problemet og ikke på person. Ved å kun diskutere uenigheter og konflikter med kollegaer som bekrefter eget synspunkt, kan det tenkes at teammedlemmene mister et viktig perspektiv ved å ikke se problemet fra en annen side, og at fokuset går mer på den enkelte som person, i stedet for på problemet. Etter at den akutt kritiske fasen er over, bør teammedlemmer og teamledere forsøke å jobbe med uenigheter slik at det ikke utvikler seg til en dårlig relasjon i etterkant (St.Pierre et al., 2011).

Til tross for at enkelte hadde erfaring fra at uenigheter og konflikter ikke håndteres direkte med den det gjelder, hadde andre likevel erfaring fra at konflikter tas opp direkte i etterkant. En åpen, direkte og respektfull fremtoning er da de viktigste teknikkene for å håndtere konflikten. De må ha fokus på pasientens beste som felles mål, anerkjenne hverandres følelser og respektere hvert enkelt teammedlem (St.Pierre et al., 2011). For å unngå langvarige konflikter, må det utvikles en kultur preget av gjensidig tillit. Den gjensidige tillitten er en avgjørende faktor som underbygger de andre hovedkomponentene i vellykket teamarbeid. Dette er fordi graden av tillit påvirker hvordan teammedlemmer tolker andres oppførsel. Uten tillit til at andre handler i teamets beste interesse, er det mer sannsynlig at teammedlemmene tolker uenigheter som et angrep mot den enkelte (Salas et al., 2005). Gjensidig respekt og tillit innad i anestesiteamet er også viktig for pasientsikkerheten (Boyd & Poghosyan, 2017).

#### 4.4.2 Psykologisk trygghet i teamet

Anestesipersonell erfarer at det er god støtte innad i teamet og at de bygger hverandre opp. De erfarer at dette fører til en trygghet blant teammedlemmene som bidrar til bedre prestasjon og samhold. De grunnleggende teamferdighetene i TeamSTEPS er ikke bare teamferdighetene som individuelle faktorer, men det dynamiske samspillet mellom dem. På denne måten er gjensidig støtte og trygghet innad i teamet avgjørende for at ledelse,

kommunikasjon og situasjonsovervåking kan fungere effektivt (Agency of Healthcare Research and Quality, 2012). I en artikkel fra Salas et al. (2018), skriver de hvordan psykologisk trygghet innad i teamet også kan bidra til å forebygge og løse konflikter, samt forbedre arbeidet og øke læringsevnen til den enkelte. Her defineres psykologisk trygghet som teamets felles tro på at det er trygt å ta mellommenneskelige risikoer uten frykt for negative konsekvenser (Salas et al., 2018), som å tørre å komme med forslag uten frykt for å bli oppfattet som inkompetent.

Noen av informantene erfarte likevel at frykt for å fremstå som inkompetent, bidro til at den enkelte ikke turte å si i fra om bekymringer, slik en informant forteller her: «Personlig har jeg måttet bli flinkere til det. For jeg kan gjerne stå i bakgrunn og tenke sånn «å, her er det noe som ikke stemmer», men jeg vet ikke helt hva det er for noe. Også tør jeg ikke å si det høyt, for det at jeg er redd for å virke dum» (Inf. 7, 42). Det er avgjørende at hvert enkelt teammedlem opplever psykologisk trygghet for å overkomme barrierer og ivareta pasientsikkerheten (Edmondson, 1999). Psykologisk trygghet innad i teamet betyr et klima hvor hvert enkelt individ er komfortabel nok til å dele bekymringer og feil uten frykt for å bli ignorert, ydmyket eller beskyldt for noe (Edmondson, 2019). Arbeidsmiljøet må føles trygt for at teammedlemmer skal tørre å si ifra om bekymringer til alle i teamet, uavhengig av yrkestittel eller grad av erfaring (St.Pierre et al., 2011).

Informantene som fortalte om denne frykten, hadde likevel ingen spesifikk erfaring fra at innspill ble tatt imot på en negativ måte, men den subjektive opplevelsen av at det var en risiko til stede holdt de fra å si noe. Dersom teammedlemmene ikke opplever at deres innspill blir verdsatt, eller at informasjonen de bidrar med blir brukt på en hensiktsmessig måte, kan de være mindre villige til å dele denne informasjonen (Salas et al., 2005). Ut ifra dette kan det tenkes at et åpent og trygt miljø kan bidra til å fremme deltagelse fra teammedlemmene, når de ser at bidragene ikke får negative konsekvenser.

En annen side av samme sak er profesjonens effekt på hvor vidt teammedlemmene tør å delta og å si i fra. Det kom frem i resultatet av studien at yrkestittel korrelerte med grad av autoritet, og at dette også kunne påvirke hvordan andre forholdt seg til den enkelte og hvor høyt de turte å si i fra. I en kvalitativ studie fra 2006, studerte Ingrid N. Nembhard og Amy C. Edmondson hvilken effekt leders inkludering og profesjonell status har på psykologisk trygghet og viljen til å bidra i teamet. Resultatet viste at det var en betydelig sammenheng mellom psykologisk trygghet og profesjonell status, og at profesjonell status påvirker troen på hvor lett eller passende det er å komme med ideer, ta opp bekymringer eller stille spørsmål (Nembhard & Edmondson, 2006). Dette kan være en viktig kunnskap for anestesileger å ta med seg for å bidra til at anestesisykepleiere tør å si i fra til tross for yrkestittel. Som nevnt i kapittel 1.3, må det uavhengig av faglig status, være takhøyde og rom for at alle medlemmer av et team kan stille spørsmål eller uttrykke bekymring dersom de mener at behandlingen eller tiltaket kan medføre dårlig kvalitet eller skade pasienten (Husebø & Ballangrud, 2021b). Med det ovenstående som en visshet, kan det tenkes at det er lettere for anestesisykepleiere å delta og å si i fra dersom de får støtte fra anestesileger.

Flere av informantene erfarte at det var viktig for de å få bekreftelser fra mer erfarne for å bli tryggere i arbeidet. Den norske studien fra Averlid & Axelsson (2012), viste at anestesisykepleiere ofte var mer selvkritisk, og at de opplevde det som viktig å få tilbakemelding på arbeidet, gjerne fra anestesileger. Verdsettelse og oppmuntring fra andre teammedlemmer gir selvtillit og motivasjon for videre oppgaver (Averlid &

Axelsson, 2012). Oppmuntring fra de mer erfarne og fra de med høyere rang, kan tenkes å bidra til en større psykologisk trygghet innad i teamet og mindre hierarkiske forskjeller.

Både anestesisykepleiere og anestesileger erfarte at en flat struktur bidro til større fellesskap i teamet, samtidig som det bidro til mindre forskjeller mellom yrkesgruppene. Den generelle erfaringen var at det var lite hierarki og at de aldri opplevde noen form for profesjonskamp. Inkluderende lederskap, som inviterer og verdsetter andres bidrag, kan ha en innvirkning og bidra til å overkomme hierarkiets hemmende effekter på psykologisk trygghet. Slik oppførsel legger til rette for meningsfull deltakelse fra andre i teamet (Nembhard & Edmondson, 2006).

Vi vet at anestesipersonell står i krevende situasjoner hvor det ofte står om liv. Samtlige fra studien erfarte at det sjelden eller aldri arrangeres debrief med anestesiteamet i etterkant av akutt kritiske hendelser. Enkelte av informantene fra studien erfarte at de ikke hadde samme behov som andre for å snakke om de akutt kritiske hendelsene. Likevel kan behovet komme, selv for de som ikke har kjent på det tidligere. Potensielt traumatiserende hendelser som resulterer i tap av liv kan være belastende for innsatspersonell og selv den mest robuste kan føle frykt og håpløshet i møte med den akutt kritiske hendelsen (Eid & Johnsen, 2018). I boken *Psychotraumatology* fra 1995, skriver Jeffrey T. Mitchell og George S. Everly om debrief etter kritiske hendelser og forebygging av arbeidsrelatert PTSD i høyrisikoyrker. Ansatte innen i høyrisikoyrker som nødetatene, krigføring og akuttmedisin har høyere risiko for å utvikle posttraumatisk stresslidelse (Mitchell & Everly, 1995).

Til tross for at enkelte ikke kjenner behov for å snakke om de akutt kritiske hendelsene i etterkant, kan det plutselig oppstå et behov som ikke tidligere har vært der. Teammedlemmene kommer med ulik bakgrunn og ulik bagasje inn i den akutt kritiske situasjonen. Flere av informantene erfarte at akutt kritiske hendelser med pasientgrupper som teammedlemmet kan relatere seg til, gjør et sterkere inntrykk. Et eksempel kan være en gravid anestesisykepleier som forsøker å redde en fødende kvinne i akutt keisersnitt. Det er viktig å gi alle det samme tilbudet om oppfølging etter en kritisk hendelse og psykososial støtte bør gis uavhengig av hvilken grad man mener at enkelte kan ha forutsetninger for å mestre vanskelige situasjoner (Eid & Johnsen, 2018). På denne måten kan teammedlemmene alltid være trygg på at støtte og hjelp er tilgjengelig dersom de selv står i en nært relaterbar kritisk situasjon. Forskning fra etterkrigstid viser hvordan individer som får god psykologisk støtte i etterkant av en traumatisk hendelse, har større sannsynlighet for å kunne vende tilbake til arbeidet enn de som ikke får samme psykologiske støtte. Psykiske lidelser kan reduseres betraktelig ved hjelp av debrief og psykologisk støtte i etterkant av en akutt kritisk hendelse (Mitchell & Everly, 1995). Det kan tenkes at når hjelp og støtte er lett tilgjengelig, også for de som aldri har kjent behovet tidligere, senkes terskelen for å ta kontakt ved behov for psykologisk støtte eller debrief etter akutt kritiske hendelser.

Til tross for lite organisert debrief i etterkant av akutt kritiske hendelser, erfarte anestesipersonellet fra studien at de som teammedlemmer og kollegaer bruker hverandre til å dele opplevelser og tanker etter både små og store hendelser. De opplevde vaktrommet som et fristed hvor det var akseptert å snakke sammen om hendelser. Erfaringen var at disse samtalene bidro til trygghet og gjensidig tillit mellom kollegaer. Debrief bidrar til et tettere samhold innad i teamet, men også til læring for teamet ved å analysere og snakke om hendelsen (St.Pierre et al., 2011).



#### 4.4.3 Godt teamarbeid i akutt kritiske situasjoner er motiverende

Til tross for at det er enkelte erfaringer fra hendelser som ikke alltid fungerer optimalt, er erfaringene jevnt over at teamarbeid mellom anestesipersonell i akutt kritiske situasjoner fungerer godt, og at denne måten og jobbe på er spennende, med en følelse av å bidra i noe som er større enn seg selv. Studien til Averlid & Axelsson (2012) viser at samarbeid i team og støtte fra kollegaer innenfor samme yrkesgruppe var viktige faktorer for trivsel blant anestesisykepleiere. På den annen side så vi fra studien til Elmlad et al. (2014), hvordan uhøflighet og respektløs oppførsel mellom kollegaer påvirket arbeidshverdagen til anestesipersonell og hvor lenge den enkelte holdt ut i jobben. Vi ser derfor hvor viktig det er for trivsel på arbeidsplassen, at teamarbeidet fungerer godt mellom teammedlemmer.

Anestesipersonellet erfarte hvordan teamarbeid med den akutt kritisk dårlige pasienten, førte til samhold innad i teamet og gav en følelse av mestring til tross for at pasientutfallet ikke alltid endte godt. De erfarte også at den akutt kritiske situasjonen gjorde teammedlemmene bedre kjent og skapte et fellesskap. Litteraturen gir oss en bekreftelse på nettopp denne erfaringen og i artikkelen fra Rosen et al. (2018) skriver de at godt teamarbeid øker pasientsikkerheten, i tillegg til å skape en mer positiv, engasjerende og robust arbeidsplass (Rosen et al., 2018). I 2014 ble det utført en stor kvantitativ studie i Engelsk helsevesen, med 62 733 deltagere, hvor målet var å undersøke hypotesen om at teamarbeid assosieres med mer positive, individuelle og organisatoriske resultater. Resultatet viste blant annet at sykehus som har rapportert høyere bruk av teamarbeid, har lavere forekomst av sykmeldinger, trakassering og vold på arbeidsplassen, i tillegg til sjeldnere utskifting av personalet (Lyubovnikova et al., 2015). Vi ser fra dette at teamarbeid har en positiv effekt på arbeidsmiljøet og at vellykket teamarbeid i akutt kritiske situasjoner er motiverende for anestesipersonellet.

### 4.5 Metodediskusjon

Ved valg av metode for studien, ble det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming basert på at jeg ønsket å utforske anestesipersonellens erfaring med teamarbeid. Den kvalitative metoden er aktuell når de sosiale relasjonene skal studeres (Flick, 2018) og kan, i motsetning til den kvantitative, fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2013).

I dette kapitlet diskuteres metodevalget mer utdypende, og resultatet som kommer frem av metodevalget ved å se på intern og ekstern validitet. Deretter presenteres forslag til videre forskning.

#### 4.5.1 Intern validitet

##### 4.5.1.1 Metodevalg og analyseprosessen

Utgangspunktet for valg av metode ble først og fremst forskningsspørsmålet i studien: Hvordan erfarer anestesipersonell teamarbeid i akutt kritiske situasjoner? Jeg var på leting etter en analysemetode som gav mulighet til å se dybden og variasjonen i et kvalitativt datasett. Jeg ønsket å se intervjuene for mer enn bare det ordrette som ble sagt, og trengte derfor en analysemetode som tillot meg å lese mellom linjene. Jeg undersøkte flere analysemetoder innenfor kvalitativ forskning, blant annet

fenomenologisk analyse utviklet av blant annet Maurice Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1945), Grounded Theory av Anselm Strauss og Barney Glaser (Glaser & Strauss, 2017) og Refleksiv Tematisk Analyse av Braun & Clarke (2006).

Fenomenologiske metode fokuserer på å forstå individuelle opplevelser og meningsdannelse, i motsetning til grounded theory og tematisk analyse, som fokuserer på identifisering av mønstre og sammenhenger i dataene på tvers av flere deltagere (Flick, 2018; Merleau-Ponty, 1945). Fordi jeg ønsket den mer generelle erfaringen til anestesipersonell, og ikke den individuelle spesifikke opplevelse, valgte jeg bort fenomenologisk analyse. Jeg forstod grounded theory som en metode med strukturert og systematisk tilnærming til datamateriale (Flick, 2018). I tillegg baserer grounded theory seg på å utvikle en generell teori eller et rammeverk basert på dataene med en tanke om å være nøytral for teorier og konsepter på forhånd (Flick, 2018). Til motsetning, tillater Braun & Clarkes refleksive tematiske analyse både induktiv og deduktiv tilnærming til datamateriale og mulighet for å ta med seg en teoretisk forståelse inn i forskningen (Braun & Clarke, 2022). Dette ble sentralt i vurderingen av metodevalg med bakgrunn i studiens tydelige deduktiv tilnærming basert på de fire teamferdighetene fra TeamSTEPPS; ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte. Jeg gikk inn i forskningen med dette som en teori på hva som utgjør et effektivt og godt samarbeid, og søkte å finne erfaringer ut ifra denne teorien. Med dette som grunnlag, beveget jeg meg bort fra blant annet grounded theory, og valgte refleksiv tematisk analyse av Braun & Clarke (2006), en metode jeg mente passet godt for min studie.

Opp igjennom tidene er det utviklet ulike tilnærminger til tematiske analyse, som Richard Boyatzis med boken *Thematic Analysis and Code Development* (Boyatzis, 1998) og Rosaline S. Barbour med flere verk innenfor kvalitativ forskning og tematisk analyse (Barbour, 2001, 2018). Alle har de ulike perspektiver og tilnærminger til metoden. Jeg valgte å forholde meg til Braun og Clarkes tilnærming, både fordi den er kjent fra tidligere og fordi jeg mente forskerens mulighet til refleksiv tilnærming var en fordel.

Den tematiske analysen skiller på to måter å kode datasettet på, semantisk og latent koding. Kort fortalt innebærer semantisk tilnærming å finne mening i overflaten av datamateriale, identifisere koder og beskrive mønstre som er åpenbare og lett synlig. Den latente kodingen fokuserer på en dypere, implisitt forståelse av dataene og krever mer tolking og refleksjon fra forskeren. Kodingen utført i denne analysen, baserte seg i hovedsak på den semantiske måten å kode på. Et eksempel tatt fra analysen er setningen «*Det er jo ikke mange av de, men det er jo noen som kanskje i utgangspunktet er veldig gode i elektive pasienter og forbereder dem godt, men som i kritiske situasjoner ikke klarer å holde seg rolig*» (Inf. 1, 22). Denne setningen ble, gjennom semantisk koding, satt under koden *Akutte situasjoner er ikke for alle*. Som Braun & Clarke (2022) nevner i sin bok, kan kodingen i starten bli mer semantisk, fordi datamateriale er mindre kjent. Grunnet lengre rekrutteringstid enn planlagt, ble beregnet tid til analyse betraktelig kortere. Ved grundigere arbeid med innholdet og en latent koding, kan det tenkes at jeg hadde fått en større refleksjon rundt meningen i hva som ble sagt, i stedet for den ordrette tolkingen. Tidsrammen for studien ble smal, og analysen kunne med fordel fått mer tid for å få en enda dypere og mer reflektert gjennomgang. Den semantiske kodingen gav likevel god refleksjon og analyse av dataene.

Det kan være andre analysemetoder som også kunne passet min studie. Likevel valgte jeg å ikke fordype meg i flere analysemetoder i tro på at refleksiv tematisk analyse bidro

til en variert og god analyse av mitt datamateriale. Som avslutning til valg av metode, mener jeg den reflekssive tematiske analysen gav meg mulighet til en rik og variert analyse av datamateriale, med vekt på ønsket om å finne anestesipersonnellets *erfaringer* og tanker rundt teamarbeid i de akutt kritiske situasjonene.

#### **4.5.1.2 Datainnsamling**

Intervjuguiden ble utviklet rundt teamferdighetene ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte. Dermed ble intervjuene tydelig preget av disse temaene. Informantene ble bevisst ledet inn på temaene og erfaringer utenom dette kan lett ha uteblitt, til tross for at intervjuet bar preg av delvis åpne spørsmål. Likevel hadde jeg en tydelig deduktiv tilnærming og teamferdighetene som utgjorde rammene for studien, var godt forankret i forskning. Årsaken til disse rammene var teamarbeidets omfattende faglige område og et behov for å begrense studiens størrelse. Dette kan sees på som en spissing av studien, mer enn en skjevhet.

Etter konstruering av intervjuguiden, ble det utført en pilottest gjennom intervju med en anestesisykepleier som ikke tilhørte sykehusene hvor studien ble utført. Pilottesten ble gjennomført på en bekjent, og samtalen fløt lett både for meg som forsker og for informanten intervjuet ble testet på. Å intervju andre krever øvelse (Christoffersen et al., 2015). Til tross for en pilottest, kan det tenkes at dette intervjuet fløt godt nettopp fordi vi begge kjente hverandre og var komfortable. Scenarioet med intervju av ukjente deltagere, kom ikke med samme grad av trygghet, noe som preget samtalen ved de første intervjuene som ble gjort. Usikkerhet og manglende intervjutrenging kan virke negativt på informantene og ha effekt på kvaliteten av innholdet hver enkelt informant kommer med (Christoffersen et al., 2015). De første intervjuene kan ha bært preg av at jeg ikke har intervjuet før, noe som igjen påvirker hva informanten kommer med av informasjon. Likevel forsøkte jeg å unngå dette ved å forberede meg godt, være trygg i meg selv og trygg i spørsmålene jeg stilte. Jeg forsøkte samtidig å virke trygg og rolig ovenfor informantene, slik at de også klarte å slappe av under intervjuet. Dette forbedret seg etter hvert som intervjuene ble gjennomført og jeg som forsker fikk øvelse i å intervju.

Individuelle intervjuer ble gjennomført med sikte på å skape en trygg atmosfære hvor informantene kunne dele sine erfaringer ærlig, uten å bekymre seg for tilstedeværelse av kollegaer. Teamarbeid mellom kollegaer erfares ulikt, og det er en mulighet for at informantene nøler med å dele oppriktige erfaringer dersom andre kollegaer eller yrkesgrupper er til stede. Et fokusgruppeintervju kunne derimot bidratt til større samtale om tema, ved at informantene bygger videre på hverandres synspunkter som igjen kan gi et dypere innblikk i meninger og perspektiver (Flick, 2018). Det kan tenkes at barrierene for å komme med ærlig synspunkter hadde forsvunnet dersom fokusgruppeintervju hadde blitt gjennomført med informanter fra ulike sykehus i Norge, som var ukjent for hverandre. Dette kunne skapt en interessant samtale om ulike erfaringer og kulturer. Til tross for dette kan det være vanskeligere å få inngående og personlige svar fra deltagerne, og individuelt intervju ble derfor betraktet som en bedre metode for å finne de personlige erfaringene med teamarbeid. Jeg opplevde at informantene åpnet opp for å snakke om personlige erfaringer de sannsynlig ikke hadde kommet med i et fokusgruppeintervju. Eksempler på dette er erfaringer fra ting som ikke har fungert optimalt, slik som lederrollen eller teammedlemmer generelt. Dette ble verdifullt med tanke på nyanserte og varierte erfaringer rundt mitt forskningsspørsmål.

Intervjuene var semistrukturerte og intervjuguiden hadde en tydelig rød tråd (vedlegg 3). Hensikten var at informantene skulle ha mulighet til å snakke fritt, uten et for stort område å fortelle fra. Som forsker måtte jeg til tider dra samtalen tilbake til relevant samtaleemne, noe som bidro til at informantene ubevisst ble ledet i en retning. Kanskje kunne datamateriale vært mer variert med flere ulike synspunkt og erfaringer dersom intervjuguiden hadde vært helt åpen og ustrukturert. På den annen side var den semistrukturerte utformingen gjort som en viktig begrensning for å holde studien innenfor rammene, og for å sørge for at samtalen holdt seg relevant i forhold til forskningsspørsmålet. Ved at intervjuguiden ikke var fullt strukturert, gav det meg mulighet til å stille enkelte frie oppfølgingsspørsmål, noe som bidro til gode svar til tross for at intervjuguiden ikke var fullstendig optimal (se neste avsnitt). Med dette som grunn, tror jeg at den semistrukturerte intervjuguiden kan ansees som en fordel i denne studien.

Til tross for at det ble utført en pilottest og at intervjuguiden ble revidert i etterkant, er det svakheter ved intervjuguiden. Som mindre erfaren forsker oppdaget jeg utover i prosessen at den kunne vært bedre utformet for å fange erfaringene jeg var ute etter. Årsaken ligger i lite erfaring fra kvalitativ forskning og intervju, sammen med for lite kunnskap om teamarbeid på det aktuelle tidspunktet intervjuguiden ble laget. Et eksempel er de to spørsmålene rundt temaet situasjonsovervåking: *Kan du fortelle noe om hvordan anestesiteamet skaper en felles situasjonsforståelse? Erfarer du at anestesiteamet alltid tolker den akutt kritiske situasjonen likt?* Når intervjuprosessen var i gang, forstod jeg at jeg tidligere ikke hadde god nok kunnskap om hva situasjonsovervåking innebar, og at spørsmålene ikke rettfærdiggjorde temaet som var situasjonsovervåking, og ikke situasjonsforståelse. Til tross for dette hadde den ellers gode hovedspørsmål, og i tilfeller hvor deltagerne tok opp erfaringer som omhandlet situasjonsovervåking, var jeg bevisst på å ha noen oppfølgende spørsmål, slik at jeg fikk erfaringer rundt temaet. Intervjuguiden ble beholdt til tross for enkelte svakheter, på bakgrunn av at svakhetene ikke ble ansett som store nok til å svekke studiens pålitelighet. Dette ble en erfaring å ta med seg til neste forskningsprosjekt.

For å sikre større grad av intern validitet sørget jeg for at informantene forstod hva min studie handlet om og hva som var mitt forskningsspørsmål. Jeg presiserte før intervjuets start at jeg var ute etter deres erfaringer og at jeg begrenset studien kun til teamarbeid innad i anestesiteamet. I tilfeller hvor samtalen vandret for langt utenfor tema, stilte jeg oppfølgende spørsmål som indirekte ledet de tilbake til erfaringer i anestesiteam, uten å avbryte den gode flyten. Transkriberingen ble gjort fortløpende etter hvert intervju for å best mulig huske situasjon og kontekst.

Ved studiens oppstart var målet å få med 8 til 12 informanter. Inntil 12 informanter var også tanken når jeg ønsket å bruke profesjon og ansiennitet for å vise til ulikhetene mellom erfaring og yrkestittel. Rekrutteringsperioden var mer krevende enn forventet og tok noe lengre tid. På bakgrunn av at det kun ble rekruttert 8 informanter, hvorav tre var anestesileger og fem var anesthesykepleiere, valgte jeg å ikke ta med informantenes yrke eller profesjon i fare for gjenkjennelse og for å bevare anonymitet. Dersom dette hadde vært en større studie, kunne skille på profesjon og erfaring vært interessant og kanskje gitt bredere og mer varierte resultater.

Studien er forsøkt å fremlegges så transparent som mulig, men dette kan kun gjøres til en viss grad, uten å ta med for mye fra datamateriale.

#### **4.5.1.3 Forskerens rolle**

Den reflekstive tematiske analysen gir forskeren stort rom til subjektiv refleksjon og analyse av datamaterialet, noe Braun og Clarke mener kan være en styrke heller enn en svakhet. De refererer til analysen som en prosess med å skape mening, i stedet for en søken etter sannhet (Braun & Clarke, 2022). Til tross for stor frihet til subjektivitet og refleksjon, ble det viktig for meg som forsker å unngå at dataene ble tolket bevisst eller ubevisst i ønsket retning.

Det er uunngåelig å ikke være preget av en forforståelse ved tolkning og analyse av data (Flick, 2018). Det er derfor viktig å være klar over fenomenet med forforståelse og hele tiden være kritisk og stille spørsmål til egen analyse (Braun & Clarke, 2022). Ideen til denne studien oppstod etter selvopplevde teamsituasjoner hvor dårlig teamdynamikk og tap av selvtillit resulterte i at egen prestasjonsevne opplevdes redusert. Når denne opplevelsen utgjorde grunnlaget for studien, var det spesielt viktig at dette ikke farget analysen av datamateriale, og at jeg bevisst eller ubevisst så etter erfaringer jeg selv hadde. For å redusere sannsynligheten for at dataene ble tilpasset forhåndsbestemte ideer og opplevelser, forsøkte jeg å jevnlig stille meg kritiske spørsmål som: *hvorfor reagerer jeg som jeg gjør på dataene, hvilke forkunnskaper og ideer baserer min tolkning av dataene seg på og på hvilke andre måter kan jeg gi dataene mening?* Det vil derimot alltid være en skjevhet i analyseprosessen at jeg som forsker ikke kan være fullstendig nøytral, men kun minimere risikoen så langt det lar seg gjøre, blant annet gjennom de nevnte refleksjonsspørsmålene.

Det var et bevisst valg at jeg verken kjente til anestesivdelingene eller de ansatte på avdelingen hvor studien ble gjennomført. Hensikten var at informantene skulle føle frihet til å snakke om erfaringer, positive som negative, uten å tenke på at jeg kjente til kollegaer eller ulike case de tok opp i intervjuet. Ved at avdelingene var ukjent for meg, og at avdelingsleder rekrutterte informanter basert på mine kriterier, ble utvalget mer sikkert og variert uten påvirkning fra min side. Dette kan også ha vært en fordel i analyseprosessen fordi jeg satt med mindre forkunnskaper rundt den spesifikke avdeling.

Denne studien ble gjennomført av én student med veileder. Selvstendig arbeid med studien gav fleksibilitet både i utforming av selve masteroppgaven og beslutninger underveis, samt tidspunkt for arbeidet med studien. Det gav også mulighet til stor grad av læring på egenhånd. Styrken ved å være to er derimot hvordan forskerne bringer med seg to ulike perspektiver, kunnskaper og ferdigheter til prosjektet, noe som kan gi mer helhetlig og nyansert resultat. I tillegg kan det gi mulighet for diskusjon og kritisk refleksjon av egne resultater ved å utfordre hverandres ideer (Flick, 2018). Det kan tenkes at dette bidrar til en mer objektiv tilnærming enn hva det gjør med kun en forsker, og derfor styrke studiens pålitelighet. God hjelp fra veileder har bidratt til et mer nyansert blikk på oppgaven og resultatet, men det kan likevel sees på som en svakhet at masteroppgaven kun er en forskers arbeid.

#### **4.5.2 Ekstern validitet**

##### **4.5.2.1 Utvalgets representativitet**

I kvalitativ forskning er målet med utvalget ofte å oppnå en dypere forståelse av fenomener, holdninger og opplevelser, i motsetning til å generalisere funnene til en større populasjon. Likevel er det viktig å sørge for et utvalg som er representativt for anestesipersonell (Flick, 2018).

Informantene ble rekruttert gjennom avdelingsledere som sendte ut forespørsel om deltagelse til sine ansatte basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier de fikk tilsendt. Som tidligere nevnt tok rekrutteringen noe tid, og det endte med 8 informanter, 5 anestesisykepleiere og 3 anestesileger. Et større utvalg kunne bidratt til å sikre et mer representativt utvalg for anestesisykepleiere. Selv om utvalget ble rekruttert uten min direkte påvirkning, kan det være en mulighet for at de som valgte å delta i studien har en spesielt negativ eller spesielt positiv mening om teamarbeid, og at de ønsket å delta for å ytre sine meninger. Det kan resultere i skjevhet ved studien, spesielt hvis det fører til en tydelig overvekt av informanter som kun har negative erfaringer eller kun positive. Det kunne derfor vært interessant å få et tilfeldig utvalg innenfor avdelingene for å unngå en slik skjevhet. Studien var derimot frivillig, og de som selv ønsket å delta og som var innenfor inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble tatt med. Intervjuene endte med å bli informative og varierte uten tydelig skjevfordeling, noe som ble ansett som en styrke for den eksterne validiteten og overførbarhet.

For å sikre et representativt utvalg for anestesipersonell, ønsket jeg tilnærmet lik fordeling av anestesileger og anestesisykepleiere i studien. Etter hvert som intervjuprosessen nærmet seg slutten, så jeg at ulike erfaringer dukket opp igjen, og det oppstod tilnærmet en metning i datamateriale. Til tross for at jeg så de ulike erfaringene dukke opp igjen, hadde det vært spennende og en styrke for studien å ha enda flere synspunkt fra anestesilegers side, når jeg kun hadde tre anestesileger med i utvalget. Likevel gav de varierte og gode intervjuer med rikt datamateriale som var tilstrekkelig for å dekke mitt forskningsspørsmål.

#### **4.5.2.2 Overførbarhet**

Studien ble begrenset til to ulike sykehus i Helse Sør-Øst. På grunn av at det kun ble rekruttert fra to ulike sykehus, er det en risiko for at resultatene blir mindre overførbare. Anestesiavdelinger kan utvikle egne kulturer og egne måter å arbeide på, noe som også kan føre til ulik erfaring fra teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. En styrke for den eksterne validiteten ville vært å ha flere informanter fra ulike sykehus i Norge, både distrikt- og sentralsykehus. Dette kunne gitt erfaringer fra flere avdelingskulturer og kanskje et mer variert bilde som sørget for større grad av overførbarhet. Likevel forholder alle anestesiavdelinger i Norge seg til Norsk Standard for Anestesi og drives i hovedsak på tilnærmet lik måte (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). Med tanke på studiens omfang og ressursbruk ble det derfor begrenset til kun to distriktsykehus med tanke om at dette likevel gir tilstrekkelig overførbarhet til andre anestesiavdelinger.

Det er sannsynlig at resultatene fra denne studien ikke er unike for de to avdelingene som ble inkludert, men at de også er overførbare til andre lignende kontekster. En direkte overførbarhet kan likevel ikke sikres.

#### **4.5.3 Forslag til fremtidige studier**

I denne studien ble det inkludert 5 anestesisykepleiere og 3 anestesileger. Det hadde vært interessant å få et større bilde av anestesilegenes erfaringer fra teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. I fremtidige studier kan det legges vekt på å få et større utvalg og tilnærmet likt antall informanter fra hver yrkesgruppe, samt ulike anestesiavdelinger i hele Norge for å undersøke om det dukker opp flere viktige erfaringer rundt temaet.

På grunn av studiens omfang og ressursbruk, ble det ikke rekruttert nok informanter til å kunne skille på kjønn uten at dette hadde ført til for stor skjevhet i det representerte

utvalget. Deltagelsen av menn var ikke stor nok til at de kunne representert et mangfold eller bredden av perspektiver som var relevant for forskningsspørsmålet mitt. Det kan tenkes at kvinnelige teamledere har ulik erfaring fra lederrollen, enn hva mannlige teamledere har. Det er mulig at det enkelte kjønn har ulik erfaring rundt hvor lett det er å tre frem i et team eller hvor lett det er å kommunisere godt innad i teamet. I fremtidige studier kan det være interessant å rekruttere nok anestesipersonell til å skille på erfaringer mellom kvinner og menn, for å undersøke hvorvidt det er forskjeller på hvordan ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte erfares.

I denne studien ble det kort tatt opp hvilken effekt teamarbeid har på arbeidsmiljøet og hvordan det påvirker på godt og vondt. Flere studier tar opp arbeidsmiljøets effekt og konsekvens for den enkelte, som Elmlad et al. (2014). Det hadde likevel vært interessant å se nærmere på spesielt korrelasjonen mellom vellykket teamarbeid og arbeidsmiljøet innad i anesthesiavdelinger rundt om i Norge. En slik studie kan være med å underbygge viktigheten av godt teamarbeid i anestesiyirket.

## 5 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke anestesipersonellets erfaringer med teamarbeid innad i anestesiteamet i akutt kritiske situasjoner. Resultatet endte med ti temaer under de overordnede temaene ledelse, kommunikasjon, situasjonsovervåking og gjensidig støtte.

Studien viste en variasjon i erfaringer fra teamarbeid i akutt kritiske situasjoner, både positive og negative. Til tross for at mye erfares som velfungerende er det også forbedringspotensialer innad i anestesiteamene. Faktorer som erfares å bidra til effektivt teamarbeid var tydelige rollefordeling, tydelig tildeling av teamlederrollen, og tydelig ledelse i form av kommunikasjon og strukturering av teamet. Kommunikasjon med Closed Loop uten for mye utenomstakk ble presisert som et viktig bidrag til struktur og unngåelse av misforståelser. Den implisitte kommunikasjonen ble sett på som en effektiv måte å jobbe på, men det ble erfart at eksplisitt kommunikasjon også er avgjørende både for felles situasjonsforståelse og for å unngå misforståelser mellom teammedlemmer. Videre ble den akutt kritiske situasjonen erfart som en krevende situasjon med økt grad av press og større risiko, som igjen kunne påvirke teammedlemmenes oppførsel og arbeid. Situasjonsovervåking med en respektfull og høflig tone ble ansett som et viktig element for å beholde en god teamdynamikk i en ellers stresset situasjon. Anestesipersonellet erfarte at teamarbeid i akutt kritiske situasjoner ble lettere med erfaring fordi det gav selvtillit og en faglig trygghet hos den enkelte. Videre ble konflikthåndtering utført på ulike måter, noe direkte og annet gjennom utlufting med kollegaer. Informantene hadde likevel erfaring fra at teamet i de aller fleste tilfeller støtter hverandre, at det er rom for å dele tanker og opplevelser, og at de akutt kritiske situasjonene bidrar til både fellesskap og mestring innad i anestesiteamet.

I refleksjon og diskusjon av resultatene, identifiserer studien ulike forbedringsområder som kan bidra til å styrke teamarbeidet i akutt kritiske situasjoner. Det er tydelig at teamferdighetene fra TeamSTEPPS er et samspill og en dynamikk som går igjen i hvert enkelt tema. Vi ser at alle teamferdighetene må være til stede for at den enkelte ferdighet skal benyttes effektivt, og igjen sørge for et vellykket teamarbeid.



# Referanser

- Agency of Healthcare Research and Quality. (2012). TeamSTEPPS 2.0. In A. o. H. R. a. Quality (Ed.).
- Averlid, G., & Axelsson, S. B. (2012). Health-Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway [Forskningsartikkel]. *American Association of Nurse Anesthesiology*, 80(4), 74-80.
- Ballangrud, R., Karlsen, T., Hall-Lord, M. L., & Aaberg, O. R. (2021). TeamSTEPPS i Norge. In R. Ballangrud (Ed.), *Teamarbeid i Helsetjenesten* (pp. 276-277). Universitetsforlaget.
- Barbour, R. S. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *British Medical Journal*, 322(11), 1115-1117. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1115>
- Barbour, R. S. (2018). *Doing Focus Groups* (2 ed.). SAGE Publications.
- Beament, T., & Mercer, S. J. (2016). Speak up! The barriers to challenging erroneous decisions of seniors in anaesthesia. *Association of Anaesthetists*, 71(11), 1332-1340. <https://doi.org/10.1111/anae.13546>
- Boyatzis, R. E. (1998). *Thematic Analysis of Qualitative Data*. SAGE Publications.
- Boyd, D., & Poghosyan, L. (2017). Certified Registered Nurse Anesthetist Working Conditions and Outcomes: A Review of the Literature. *American Association of Nurse Anesthesiology*, 85(4), 261-269.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis A Practical Guide*. SAGE Publications.
- Bruun, A. G., & Ulrik, A. G. (2008). Udviskede professionsgrænser - interprofessionelt samarbejde mellem læger og sygeplejersker inden for klinisk anestæsi. *Nordiska högskolen för folkhälsovetenskap*. <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:724710/FULLTEXT01.pdf>
- Carayon, P., Hoodnakker, P., & Cartmill, R. (2018). Human factors and ergonomics in health care and patient safety. In G. Salvendy (Ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics* (5 ed., pp. 1262-1297). Wiley.
- Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2013). Human Factor Systems Approach to Healthcare Quality and Patient Safety. *ScienceDirect*, 45(1), 14-25. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.023>
- Carayon, P., & Wood, K. E. (2010). Patient Safety: The Role of Human Factors and Systems Engineering. *Studies in Health Technology and Informatics*, 153, 23-46. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-533-4-23>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Cook, T., Woodall, N., & Frerf, C. (2011). *Major complications of airway management in the United Kingdom* (4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists and The Difficult Airway Society, Issue.
- Cunningham, U., Ward, M. E., Brún, A. D., & McAuliffe, E. (2018). Team interventions in acute hospital contexts: a systematic search of the literature using realist synthesis. *BioMed Central Health Services Research*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3331-3>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5 ed.). Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening. (2009). Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for anestesiologi. *Den Norske Legeforening*.

- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Edmondson, A. (2019). The Role of Psychological Safety: Maximizing Employee Input and Commitment. *Leader to Leader*, 2019(92), 13-19. <https://doi.org/10.1002/ltl.20419>
- Eid, J., & Johnsen, B. H. (2018). *Operativ psykologi* (3. ed.). Fagbokforlaget.
- Elbert, K. E. K., Kroemer, H. B., & Hoffman, A. D. K. (2018). *Introducing Ergonomics and Human Factors Engineering* (3. ed.). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813296-8.00024-4>
- Elmblad, R., Kodjebacheva, G., & Lebeck, L. (2014). Workplace Incivility Affecting CRNAs: A Study of Prevalence, Severity, and Consequences With Proposed Interventions. *American Association of Nurse Anesthesiology*, 86(6), 437-445.
- Europaparlaments- og rådsforening. (2016). *EUs personvernforordning*. Regjeringen.no Retrieved from <https://www.efta.int/sites/default/files/documents/legal-texts/eea/other-legal-documents/solr/translated-legal-acts/norwegian/n32016R0679.pdf>
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6 ed.). Sage.
- Ford, K., Menchine, M., Burner, E., Arora, S., Inaba, K., Demetriades, D., & Yersin, B. (2016). Leadership and Teamwork in Trauma and Resuscitation. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(5), 549-556. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.7.29812>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203793206>
- Gregory, M. E., Hughes, A. M., Benishek, L. E., Sonesh, S. C., Lazzara, E. H., Woodard, L. D., & Salas, E. (2021). Toward the Development of the Perfect Medical Team: Critical Components Adaptation. *Journal of Patient Safety*, 17(2), 47-70. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000598>
- Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M., & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BioMed Central Health Services Research*, 20, 1-12.
- Haney, C., Banks, C., & Zimbardo, P. (1973). Interpersonal Dynamics in a Simulated Prison. *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 69-97. [https://www.researchgate.net/publication/232496133\\_Interpersonal\\_Dynamics\\_in\\_a\\_Simulated\\_Prison](https://www.researchgate.net/publication/232496133_Interpersonal_Dynamics_in_a_Simulated_Prison)
- Husebø, S. E., & Ballangrud, R. (2021b). Introduksjon. In R. Ballangrud (Ed.), *Teamarbeid i helsetjenesten*. Universitetsforlaget.
- Husebø, S. E., & Ballangrud, R. (2021c). Hva menes med teamarbeid? In R. Ballangrud (Ed.), *Teamarbeid i helsetjenesten* (pp. 23-39). Universitetsforlaget.
- Husebø, S. E., Ballangrud, R., & Dieckmann, P. (2021a). Hva mangler det av forskning på teamarbeid i helsetjenesten? In R. Ballangrud (Ed.), *Teamarbeid i helsetjenesten* (pp. 92-100). Universitetsforlaget.
- Kåss, E., & Hem, E. (2021). *Akutt*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/akutt>
- Leonardsen, A. L. (2021). *Anestesisykepleie* (A. L. Leonardsen, Ed. 3. ed.). Cappelen Damm Akademisk.
- Lyubovnikova, J., West, M. A., Dawson, J. F., & Carter, M. R. (2015). 24-Karat or fool's gold? Consequences of real team and co-acting group membership in healthcare organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(6), 929-950. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2014.992421>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phenomenology of Perception* (C. Smith, Trans.). Routledge.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1995). Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the Prevention of Work-Related Traumatic Stress among High Risk Occupational Groups. In G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology* (pp. 267-280). Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1034-9>
- Murphy, M., McCloughen, A., & Curtis, K. (2019). The impact of simulated multidisciplinary Trauma Team Training on team performance: A qualitative study.

- Australasian Emergency Care*, 22(1), 1-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.11.003>
- Murray, W. B., & Foster, P. A. (2000). Crisis resource management among strangers: principles of organizing a multidisciplinary group for crisis resource management. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(8), 633-638. [https://doi.org/10.1016/S0952-8180\(00\)00223-3](https://doi.org/10.1016/S0952-8180(00)00223-3)
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941-966. <https://doi.org/10.1002/job.413>
- Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. (2023a). *Zoom - Slik sikrer du møtet ditt*. Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. Retrieved 26 june from <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Zoom+-+slik+sikrer+du+møtet+ditt>
- Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. (2023b). *Nettskjema*. Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. Retrieved 26. june from <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Nettskjema>
- Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. (2023c). *Klassifisering av informasjonsverdier - retningslinje*. Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. Retrieved 13. november from <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Informasjonsklassifisering+-+informasjonssikkerhet>
- Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. (2023d). *Retningslinje for behandling av personopplysninger*. Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. Retrieved 13. november from <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Retningslinje+for+behandling+av+personopplysninger#section-Retningslinje+for+behandling+av+personopplysninger-3+Krav+til+behandling+av+personopplysninger>
- Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. (2023e). *Datainnsamling*. Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. Retrieved 13. november from <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/datainnsamling>
- Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. (2023f). *Håndtering av forskningsdata fra helseforskning*. Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. Retrieved 13. november from <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/H%C3%A5ndtering+av+forskningsdata+fra+helseforskning>
- Norsk Anestesiologisk Forening. (2016). *Norsk standard for anestesi*. Oslo: Norsk anestesiologisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF) Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/contentassets/3b9c1b8d438942688b1d9cb46db4278f/norsk-standard-for-anestesi.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2022). *Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere*. [https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf)
- Lov om behandling av personopplysninger, (2018). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Persvold, A. Z. (2019). *Kritisk*. Retrieved 17. september from <https://snl.no/kritisk>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., & Benishek, L. E. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433-450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Russ, A. L., Fairbanks, R. J., Karsh, B., Millitello, L. G., Saleem, J. J., & Wears, R. L. (2013). The science of human factors: separating fact from fiction. *British Medical Journal*, 22(10), 802-808. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001450>
- Salas, E., Reyes, D. L., & McDaniel, S. H. (2018). The science of teamwork: Progress, reflection, and the road ahead. *American Psychologist*, 73(4), 593-600. <https://doi.org/10.1037/amp0000334>
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a «Big Five» in Teamwork? [Forskningsartikkel]. *Small Group Research*, 36(5), 555-599. <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>

- Schnittker, R., Marshall, S., Horberry, T., & Young, K. L. (2018). Human factors enablers and barriers for successful airway management - an in-depth interview study. *Association of Anaesthetists, 73*(8), 980-989. <https://doi.org/10.1111/anae.14302>
- St.Pierre, M., Hofinger, G., Buerschaper, C., & Simon, R. (2011). *Crisis Management in Acute Care Settings* (Second ed.). Springer-Verlag.
- Wetterneck, T. B., Kelly, M. M., Carayon, P., Sesto, M., Tevaarwerk, A., Chui, M., Stone, J., Hoonakker, P., Musa, A., Holman, G. T., & Beasley, J. (2014). Improving Quality and Safety through Human Factors Collaborations with Healthcare: The System Engineering Initiative for Patient Safety. *Sage Journals, 58*(1). <https://doi.org/10.1177/1541931214581169>
- Wong, E., & Li, Q. (2011). Faculty Discernment of Student Registered Nurse Anesthetist's Personality Characteristics That Contribute to Safe and Unsafe Nurse Anesthesia Practice: Metrics of Excellence. *American Association of Nurse Anesthesiology, 79*(3), 227-235.
- World Medical Association. (2022). *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology, 18*(5), 459-482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Godkjenning fra Sikt



[Meldeskjema](#) / [Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. Anestesipersonellets erfarin...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

686871

**Vurderingstype**

Automatisk

**Dato**

03.05.2023

**Tittel**

Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. Anestesipersonellets erfaringer

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

**Prosjektansvarlig**

Anne Vifladt

**Student**

Hanna Bekkevold

**Prosjektperiode**

15.05.2023 - 01.02.2024

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.02.2024.

[Meldeskjema](#)

**Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

#### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

## **Vil du delta i forskningsprosjektet?**

### ***Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. Anestesipersonellets erfaringer.***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke anestesipersonellets erfaringer med teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er å studere hvilke erfaringer anestesipersonell har med teamarbeid i den akutt kritiske situasjonen. Håpet er at svaret på denne studien vil vise hvordan teamarbeid i akutt kritiske situasjoner fungerer i praksis, hva som fungerer godt og hva som eventuelt trenger forbedring. Prosjektet utføres som en masteroppgave i avansert klinisk sykepleie.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet avdeling Gjøvik er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

For å få et helhetlig bilde av anestesipersonellets erfaringer, ønsker vi å få med både anestesileger og anestesisykepleiere. Henvendelsen er sendt inn til din avdelingsleder som har valgt ut passende deltagere og dermed tatt kontakt med deg.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Studien vil bli utført som en kvalitativ forskningsmetode med individuelle intervjuer. Intervjuene gjennomføres på appen Zoom som gir mulighet for videoanrop og tidspunkt for intervjuet vil planlegges sammen med deg som deltager. Hver deltager blir tildelt inntil 60 minutters intervjuetid. Opplysningene blir samlet inn via en båndopptaker som sikkert lagrer opptakene på en server forbeholdt prosjektansvarlig og meg som student.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

**Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålene vi har informert om i dette skrevet og behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysninger om deg som publiseres i studien vil kun være profesjon og arbeidserfaring.

**Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes desember 2023. Etter prosjektets slutt vil lydopptak og personopplysningene slettes.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

**Dine rettigheter**

Du har rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU Gjøvik ved Anne Vifladt – [anne.vifladt@ntnu.no](mailto:anne.vifladt@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen – [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 73 98 40 40.
- Personvernombudet i [REDACTED]

Med vennlig hilsen

Anne Vifladt

Hanna Bekkevold

(Forsker/veileder)

(Student)

-----  
Kontaktinfo:

E-mail: [anne.vifladt@ntnu.no](mailto:anne.vifladt@ntnu.no)

Tlf: 97609366

E-mail: [hannabek@stud.ntnu.no](mailto:hannabek@stud.ntnu.no)

Tlf: 93849927



## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Teamarbeid i akutt kritiske situasjoner. Anestesipersonnellets erfaringer*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju med lydopptak
- profesjon og arbeidserfaring vil publiseres

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

### Introduksjon:

Om meg og mitt prosjekt:

Mitt navn er Hanna Bekkevold. Jeg er nyutdannet anestesisykepleier og jobber på Ullevål sykehus. Jeg har siden januar 2023 vært masterstudent på NTNU Gjøvik. Masteroppgaven omhandler anestesipersonellets erfaring med teamarbeid i den akutt kritiske situasjonen. Fokuset er rettet mot anestesipersonellets samarbeid seg imellom og ikke på samarbeidet med andre profesjoner som er deltagende i den kritiske situasjonen.

Forskningsspørsmålet er *"Hvordan erfarer anestesipersonell teamarbeid i akutt kritiske situasjoner?"*.

I denne masteroppgaven brukes ordet akutt kritisk situasjon om pasientsituasjoner der pasienten raskt blir dårlig og risikoen for liv og helse er høy. Målet er å få økt innsikt i hvordan anestesipersonell erfarer teamarbeid seg imellom og forhåpentligvis avdekke områder ved teamarbeidet med behov for forbedring.

Intervjuet vil bli tatt opp gjennom appen Nettskjema-Diktafon - en app som kobler seg direkte til en server hvor opptakene blir lagret. Det er kun prosjektleder og jeg som har tilgang på opptakene. Opptakene vil bli slettet i det prosjektet avsluttes. Alt av personopplysninger oppbevares i henhold til NTNUs retningslinjer og i tråd med godkjenning fra Sikt og personvernombudet. Vi har taushetsplikt og personopplysninger deles ikke til andre. Du vil kodes som *Informant 1* og listen som tilknytter deg til ditt kodenavn oppbevares i samme server som annet konfidensielt materiale. Studien vil i tillegg til ditt kodenavn oppgi din arbeidserfaring og din profesjon.

Takk for at du har takket ja til å delta på intervju. Deltagelse er frivillig, og du kan til enhver tid trekke deg uten videre konsekvenser.

Har du lest informasjonsskriv og signert samtykkeskjema? Har du noen praktiske spørsmål før vi begynner?

**Innledning:**

- 1. Kan du fortelle litt om deg selv?** *(Hvilken profesjon har du og hvor mange års erfaring har du fra anestesen?)*

**Ta utgangspunkt i de akutt kritiske situasjonene du har stått i hvor du har jobbet i et anestesiteam bestående av anestesilege og anestesisykepleier.** *(Minne om definisjonen av akutt kritisk situasjon: pasientsituasjoner der pasienten raskt blir dårlig og risikoen for liv og helse er høy).*

- 2. Som anestesipersonell vil man stå i akutt kritiske situasjoner. Kan du beskrive en eller flere akutt kritiske situasjoner hvor du har jobbet i team med annet anestesipersonell?**

**Ledelse:**

- 3. Hvilke erfaringer har du fra teamledelse i en akutt kritisk situasjon?** *(Erfaring fra dårlig/god teamledelse?)*
- 4. Kan du fortelle litt rundt hvem som tar styringen i anestesiteamet i en akutt kritisk situasjon?** *(Arbeidserfaring eller profesjon? Hvordan forholdt teamet seg til lederen i den akutt kritiske situasjonen?)*

**Kommunikasjon:**

5. Kan du fortelle litt rundt hvordan kommunikasjonen foregår innad i anestesiteamet i en akutt kritisk situasjon? *(Tydelig, konkret, selvforstått, non-verbal, lettere når man kjenner teammedlemmene?)*
6. Kan du fortelle noe om erfaringen rundt kommunikasjonssvikt og misforståelser i teamet – resultatet av dem? *(Hvorfor oppstod misforståelsen? Hvordan ble misforståelsen håndtert?)*

**Situasjonsovervåking:**

7. Kan du fortelle noe om hvordan anestesiteamet skaper en felles situasjonsforståelse? *(Debriefing før pas. ankommer? Tydelig felles forståelse av hva som skal prioriteres? Hva er målet?)*
8. Erfarer du at anestesiteamet alltid tolker den akutte kritiske situasjonen likt?

**Gjensidig støtte:**

9. Kan du fortelle noe rundt gjensidig støtte, tillitt og trygghet mellom dere som anestesikolleger i en akutt kritisk situasjon? *(Komme med forslag, tillit til den andres kompetanse, rom for å gjøre feil, rom for å utfordre avgjørelser? Ligger det andre motiver til grunn for å gi kritikk/ros?)*
10. Hvilke erfaringer har du fra at teamarbeid kan påvirke arbeidsmiljøet og deg som ansatt på godt og vondt?

**Avslutning:**

1. Er det andre ting du ønsker å dele i dette intervjuet som du ikke har fått sagt?

**Tusen takk for at du ønsket å delta i studien!**

